

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

N°.....

THÈSE

489

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Université)

PAR

BOROS Emile

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 5 Mars 1899, à Arta (Grèce)

Contribution à l'Etude des formations ovariennes résiduelles consécutives à l'hystérectomie et à la castration totale

Président : M. A. COUVELAIRE

*Professeur de Clinique Obstétricale
Accoucheur de la Maternité Baudelocque
Membre de l'Académie de Médecine*

Chez Victor DEGRANGE
28, rue Serpente
(Hôtel des Sociétés Savantes)
PARIS (6^e)

1937

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Université)

PAR

BOROS Emile

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 5 Mars 1899, à Arta (Grèce)

Contribution à l'Etude des formations ovariennes résiduelles consécutives à l'hystérectomie et à la castration totale

Président : M. A. COUVELAIRE,

Professeur de Clinique Obstétricale.

Accoucheur de la Maternité Baudelocque

Membre de l'Académie de Médecine

Chez Victor DEGRANGE

28, rue Serpente

(Hôtel des Sociétés Savantes)

PARIS (6^e)

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BERNARD (Et.).	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BESANÇON (J.) .	Hydrologie.	LÉVY (Mlle J.).	Pharmacologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiâtrie.
BULLIARD	Histologie.		
CATHALA	Pathologie médicale.	MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
FÉY	Urologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
FUNK	Pathologie chirurgicale.	OBERLING	Anatomie pathologique.
GALLIARD	Parasitologie.	PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
GASTINEL	Bactériologie.		
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.	PIÉDELIÈVRE ..	Médecine légale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	PORTES	Obstétrique.
GAYET	Physiologie.	RENARD	Ophthalmologie.
GIROUD	Histologie.	RICHET	Physiologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	SANNIÉ	Chimie biologique.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.	SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
HAZARD	Pharmacologie.	TROISIER	Pathologie expérimentale.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.		
JOANNON	Hygiène.	TURPIN	Pathologie médicale.
LACOMME	Obstétrique.	VIGNES	Obstétrique.
LANTUÉJOL ..	Obstétrique.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ...	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LEROUX	Anatomie pathologique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	PHILIBERT	Bactériologie.
		VANDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR - VAL- LÉRY-RADOT .	
SÉZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER ..	
HEITZ-BOYER ..	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	
VELTER	

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LÉVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé ..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE S. CARIDES

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON ONCLE D. MILON

A TOUS LES MIENS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

Professeur de clinique obstétricale

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette thèse,
en hommage respectueux de no-
tre admiration et de notre dé-
vouement.*

A MON MAÎTRE LE DOCTEUR ROUX-BERGER

Chirurgien de l'Hôpital Tenon et de la Fondation Curie

Au Maître, qui nous a inculqué, par l'exemple, le principe qu'en chirurgie on ne doit pas se contenter des résultats acquis mais s'efforcer de toujours faire mieux.

En témoignage de mon admiration et de ma reconnaissance.

A MES MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR P. BRODIN

Médecin des Hôpitaux

*Qui n'a cessé de nous témoi-
gner le plus vif intérêt.*

MONSIEUR LE DOCTEUR CH. GIRODE

Chirurgien des Hôpitaux

*Qui nous a enseigné la valeur
de la séméiologie en chirurgie.
En remerciement de l'intérêt
et de l'amitié dont il nous a ho-
norés.*

A MES MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VIGNES

Accoucheur de la Maternité Pinard

En témoignage de mon admiration respectueuse et de mon sincère attachement.

MONSIEUR LE DOCTEUR M. DENIKER

Chirurgien des Hôpitaux

En souvenir du temps que j'ai passé dans son service.

A MES MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

F. DE GAUDART-D'ALLAINES

Chirurgien des Hôpitaux

En remerciement de l'enseignement précieux qu'il nous a donné et de l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

P. MOULONGUET-DOLERIS

Chirurgien des Hôpitaux

Qui a été notre premier Maître en chirurgie. En hommage de notre respectueux attachement.

MONSIEUR LE DOCTEUR L. CLEISZ

Accoucheur de l'Hôpital Tenon

En témoignage de notre gratitude.

A MON AMI
LE DOCTEUR PIERRE JOURDAN

*Avec toute mon amitié et toute
mon estime.*

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PORTES

Accoucheur des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LACOMME

Accoucheur des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR FRANÇOIS LEPAGE

Accoucheur des Hôpitaux

A MES AMIS ET COLLÈGUES DANS L'INTERNAT

LES DOCTEURS

A. ADRIANOPOULOS, S. LIVIERATOS

Y. OLLIVIER-HENRY, et A. STRÉE

A MES AMIS

LES DOCTEURS

C. ALIVISATOS, J. HATZIVASSILIOU, L. PHILIP

G. VOULPIOTIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ D'ATHÈNES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

- 1927 MONSIEUR LE DOCTEUR Ed. MICHON.
1928 MONSIEUR LE PROFESSEUR B. CUNÉO.
MONSIEUR LE DOCTEUR P. BRODIN.
1930 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. LÉVY-SOLAL
MONSIEUR LE DOCTEUR J.-L. ROUX-BERGER.
1929 MONSIEUR LE PROFESSEUR Ch. LAUBRY.
1930 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. LEVY-SOLAL
1931-1932 MONSIEUR LE DOCTEUR Ch. GIRODE.

Internat

- 1933 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H. VIGNES.
1934 MONSIEUR LE DOCTEUR L. GERNEZ (in memo-
riam).
1935 MONSIEUR LE DOCTEUR M. DENIKER.
MONSIEUR LE DOCTEUR J.-L. ROUX-BERGER.
1936 MONSIEUR LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE.
MONSIEUR LE DOCTEUR L. CLEISZ.
MONSIEUR LE DOCTEUR J.-L. ROUX-BERGER.

INTRODUCTION

Au cours de nos années d'internat nous avons eu l'occasion d'opérer, dans le service de notre Maître le Docteur ROUX-BERGER, une tumeur pelvienne qualifiée de « tumeur résiduelle de l'ovaire » et nous avons été frappés de la difficulté insurmontable en présence de laquelle nous nous sommes trouvés.

Dans les comptes rendus opératoires du service du Docteur ROUX-BERGER, nous avons pu retrouver depuis l'année 1933 jusqu'à ce jour deux tumeurs semblables dont l'exérèse complète n'a pu être pratiquée au cours de la ré-intervention et dont la récurrence inévitable n'a été guérie que par la radiothérapie. Un autre cas nous a été communiqué par le Docteur ROUX-BERGER qui l'a observé dans sa clientèle de ville.

Le Docteur de GAUDART D'ALLAINES, qui nous a conseillé ce travail, a bien voulu nous confier une observation personnelle inédite.

Enfin, nous avons pu relever deux observations inédites du Docteur MOULONGUET, qui, aimablement, les a mises à notre disposition.

HISTORIQUE

Les formations développées dans le petit bassin à la suite d'une hystérectomie sont connues depuis longtemps.

BOECKEL, le premier en 1861, rapporte une observation. Le DENTU, au Congrès de Chirurgie de 1891, au sujet « des suites éloignées de l'ablation des annexes dans les affections non néoplasiques de ces organes » rapporte deux observations, mais la nature des lésions n'est pas très précisée car, il est surtout question de « kystes tubaires et d'hydrosalpinx partiel ».

La même année HAHUSSEAU, inspiré par TERRILLON, fait sa thèse sur « Les formations kystiques consécutives à l'extirpation de l'utérus et des annexes » mais n'apporte pas d'observations bien précises. En 1894, BAUDRON les signale dans sa thèse sur l'hystérectomie vaginale. Deux ans plus tard, en 1896, CLARET publie des travaux sur « les tumeurs kystiques intrapelviennes secondaires à l'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes » mais ne donne pas de précisions meilleures sur la nature des lésions.

Puis le silence se fait jusqu'en 1907. DARTIGUES publie des observations avec JOANNIDÈS et inspire la thèse de CHASSAT, en 1909, sur les « Cysthématomes menstruels post-opératoires ». Ces auteurs vont plus loin dans la question mais il apparaît peu vraisemblable que les faits

signalés rentrent dans la catégorie des lésions qui nous occupent. Ils ont trait à des « kystes sanguins », qui seraient dûs à des débris cutanés, ovariens, ligamentaires. Les auteurs invoquent pour expliquer leur formation « une fluxion menstruelle, persistant après l'opération, qui a supprimé la plus grande partie des annexes, fluxion qui ne trouve pas à se faire jour au dehors. Sous l'influence de la congestion menstruelle, au niveau des débris ovariens, il se fait dans les follicules de Graaf, où les microkystes préexistants, de véritables apoplexies sanguines plus ou moins abondantes, qui s'accumulant tous les mois finissent par aboutir à des kystes d'un volume considérable ».

Mais il ne s'agit que d'une théorie qui, pour ingénieuse qu'elle puisse être, manque de test histologique. Le fait que ces formations subiraient un accroissement menstruel accompagné de douleurs abdominales, argument invoqué en faveur du « cysthématome menstruel » n'a qu'une valeur purement clinique.

Tels sont les faits admis jusqu'en 1925, date à laquelle apparaissent les travaux de l'Ecole Lyonnaise. On voit que, jusqu'à cette date, il s'agit d'observations bien imprécises concernant des tumeurs dont la preuve histologique n'est pas faite, consécutives à des interventions plus ou moins complètes, pratiquées par voie vaginale le plus souvent, qui ne méritent pas de retenir l'attention.

En 1925, GILLET vient battre en brèche, à propos d'observations communiquées dans la Revue Française « de gynécologie et d'obstétrique » la théorie du cysthématome. Il qualifie de pittoresque la définition donnée par DARTIGUES et prétend que « le flux menstruel produit utérin ne saurait s'accumuler dans une cavité ovarienne ». Il incrimine « la dégénérescence kystique itérative des débris

ovariens » après castration totale et oppose à ces faits ceux dans lesquels la dégénérescence kystique met à se réaliser une ténacité singulière. Il ne s'agit plus, dit-il, de malades auxquelles on a conservé les annexes, mais bien de castrées chez lesquelles on a *tout enlevé ou cru tout enlever*.

TIXIER, la même année, à la Société de Chirurgie de Lyon rapporte trois cas personnels et donne un aperçu pathogénique. Il admet qu'on ne doit pas invoquer la même pathogénie pour les productions kystiques consécutives aux interventions, pour lésions inflammatoires. Si dans certains cas, l'origine ovarienne est en cause, dans d'autres au contraire, il s'agit de pelvipéritonite résiduelle développée dans des adhérences consécutives à un drainage à la Mickulicz ou encore de kyste par inclusion ou de kyste wolffien.

CHALIER, à la séance du 5 février 1925, de la Société de Chirurgie de Lyon, rapporte quatre observations personnelles et fait ressortir le caractère récidivant des lésions. A la discussion prennent part COTTE, GOULLOUD et LA-ROYENNE, lequel admet la double origine des kystes résiduels : poche de pelvipéritonite enkystée et origine ovarienne par ablation incomplète.

Mais il manque toujours à l'appui de ces opinions la preuve formelle et indiscutable : le contrôle histologique.

C'est HALLER, en août 1925, qui le premier apporte un document anatomopathologique à la Société des Chirurgiens de Paris en communiquant une observation de fibromyome kystique de l'ovaire après castration totale. LANOS, à la même séance, rapporte avec preuves histologiques à l'appui un cas de « kyste pelvien d'origine ovarienne développé après une hystérectomie pour péritonite aiguë ».

VAUTRIN, en février 1927, discutant des observations personnelles à la société d'obstétrique et de gynécologie de Nancy, distingue deux catégories de kystes pelviens, après castration. La première concerne les cas où l'hystérectomie fut laborieuse et l'origine ovarienne lui semble probable. La deuxième se rapporte aux kystes consécutifs aux hystérectomies avec castration où tout a été très soigneusement enlevé. Dans cette dernière catégorie, il distingue les kystes uniloculaires à contenu sérieux qui seraient d'origine péritonéale et les kystes multiloculaires d'origine wolfienne.

A. HAMANT et L. CORNIL, à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Nancy en 1927, apportent la preuve de la possibilité « de l'origine lymphatique de certaines productions kystiques pelviennes consécutives à la castration totale chez la femme » en publiant une observation dont l'examen histologique démontre qu'il s'agit morphologiquement de kyste lymphangiomateux qu'on peut rattacher au type décrit classiquement sous le nom de « lymphangioma cystoïdes ».

Tel était l'état de la question, en 1927, lorsque MIKLER présente sa thèse sur « les productions kystiques pelviennes après castration totale chez la femme ». Il a eu le mérite de démontrer le caractère disparate des lésions qu'on peut rencontrer après hystérectomies et que l'on avait confondues sous le nom « kystes résiduels ».

En effet elles peuvent se présenter sous l'aspect de :

1) *Lymphangiome cystoïdes* (HAMANT et CORNIL) dont l'origine lymphatique par cicatrice oblitérante est probable.

2) *Poche de pelvipéritonite* (TÉRILLON, HAHUSSEAU, SÉ-

JOURNET, GUILLEMIN) ou de *kyste simple* par nécrose ou dégénérescence de débris inclus. Peut-être même doit-on faire rentrer dans ce cadre à pathogénie péritonéale certains endométrïomes post-opératoires dont le point de départ utérin est douteux.

3) *Endométrïome* d'origine utérine réalisant les endométrïomes pelviens par greffe de muqueuse utérine ou par évolution endométriale du canal de Muller.

4) *Kyste wolfien* (VAUTRIN, TIXIER)¹ par réveil d'éléments embryonnaires au voisinage de tissus chroniquement enflammés.

5) *Formation ovarienne* par prolifération, soit de débris d'ovaires laissés au cours d'une hystérectomie, soit d'ovaires surnuméraires.

Telle est la classification donnée par MIKLER dans sa thèse.

A la suite, on voit une série de publications comportant des examens histologiques, démontrant la présence de tissus ovariens d'une façon constante.

FIOLLE, HAYEM et BOURDE, en 1929, parmi les cinq observations publiées, rapportent un cas comportant la sanction anatomopathologique.

Dans la *Presse Médicale*, le 3 octobre 1931, L. CORNIL, et J. FIOLE publient, à propos de trois observations personnelles, une étude poussée des formations ovariennes post-opératoires, qu'ils dégagent des formations kystiques intra-pelviennes.

BROCQ et Mlle DUPEUX, sous le titre de « formations ovariennes développées dans le petit bassin après hystérectomie » rapportent deux observations personnelles à la So-

ciété d'obstétrique et de gynécologie, en 1932, et dégagent des considérations thérapeutiques. En 1933, R. DUPONT et R. LEROUX rapportent à l'Association Française du Cancer une observation de kyste sous-péritonéal, après hystérectomie, dont l'étude histologique révèle un épithélioma malpighien. Ils ajoutent ainsi une sixième catégorie à la classification de MIKLER de *kystes d'origine vaginale* par pincement de la muqueuse vaginale dans la suture après hystérectomie totale.

Il résulte de ce tracé historique que dans le chapitre des tumeurs et kystes résiduels après hystérectomie, les formations ovariennes prennent la place prépondérante. Si même nous ne tenons compte, comme nous allons le faire dans ce modeste travail, que des observations comportant une preuve anatomopathologique, nous voyons apparaître l'origine ovarienne d'une façon presque constante. Sur les quinze observations, dont sept personnelles, nous sommes onze fois en présence de tissus ovariens. Deux fois la radiothérapie a été pratiquée d'emblée et deux fois l'examen histologique n'a pas retrouvé les éléments du tissu ovarien.

Il nous a semblé que le terme de FORMATION OVARIENNE comme titre de cette étude s'adaptait mieux aux différents aspects anatomiques que peuvent présenter ces tumeurs dites résiduelles. Car, ainsi que nous le verrons au chapitre d'anatomie pathologique, l'aspect kystique du tissu ovarien retrouvé n'est pas *absolument de règle* et, dans certains cas, tout se borne à l'existence de petits kystes folliculaires ou lutéïniques, ceux-ci mêmes pouvant faire défaut.

Nous nous proposons donc d'étudier sous ce terme de FORMATIONS OVARIENNES RÉSIDUELLES des *tumeurs*

pelviennes para-utérines hyperplasiques survenant après l'ablation de l'utérus et des annexes et dont l'aspect histologique reproduit la structure plus ou moins complète de certains éléments ovariens : follicules et corps jaunes en particulier.



ETIOLOGIE

De l'étude des formations ovariennes après castration, il ressort un certain nombre de facteurs étiologiques. Parmi ceux-ci le plus important est la *nature de la lésion* qui a nécessité la première intervention et qui s'avère être une lésion inflammatoire : la salpingoovarite. En effet, on la retrouve, avec une fréquence remarquable dans nos observations : 10 fois sur 13. Dans les trois autres observations, on trouve une hystérectomie exécutée sans difficultés (obs. I CORNIL et FIOLE), une hystérectomie chez une femme qui, castrée du côté droit pour une grossesse extra-utérine et réopérée six ans plus tard par une inondation péritonéale (obs. XIII, BROcq et Mlle DUPEUX), une hystérectomie pour fibrome (obs. VIII, inédite). Nous attachons, pour notre part, la plus grande importance à cette *notion étiologique d'annexite*. Les opérateurs sont tous d'accord pour reconnaître que ce furent toujours des *hystérectomies difficiles* du fait de l'adhérence plus ou moins importante d'une des annexes. Quoi de plus naturel et probable que d'incriminer l'ablation incomplète d'un ovaire dont les fragments, noyés au milieu d'adhérences, restent collés entre la paroi pelvienne pouvant donner par la suite naissance à ces tumeurs, comme nous le verrons au chapitre de la pathogénie.

Toutefois, il ne semble pas qu'il faille attribuer exclusivement aux difficultés opératoires relevant de l'annexité la genèse des tumeurs résiduelles ovariennes. Nous croyons que le rôle de l'infection n'est pas à dédaigner et explique en partie le développement et l'évolution anatomique ultérieure des fragments d'ovaire. Cette notion d'annexite explique de même *l'âge, relativement jeune*, des malades qui en sont porteuses. Dans les observations que nous avons en vue, nous le voyons osciller entre 23 et 42 ans, avec une prédominance marquée pour une limite inférieure à 30 ans.

Plus importante paraît *l'étude du temps écoulé entre la première intervention et l'apparition des troubles cliniques qui indiquent leur présence*. En effet, on voit toujours s'interposer entre les deux un véritable « intervalle libre » qu'on peut estimer inférieur à une année (7 cas sur 10) sans pourtant qu'il descende au-dessous de 2 mois (obs. II, CORNIL et FIOLE). Dans certains cas, cet intervalle a été beaucoup plus long (2 ans) (obs. VIII, MOULONGUET), (3 ans), obs. XI, CORNIL et FIOLE), enfin 4 ans (obs. XIII, BRÔCQ et Mlle DUPEUX).

Quant à la fréquence générale de l'apparition des formations ovariennes résiduelles on ne peut l'établir avec une exactitude rigoureuse. En effet, on peut penser que pour qu'il se manifeste par des troubles subjectifs suffisants pour déclencher l'examen, le kyste ou la tumeur résiduelle doivent atteindre un certain volume. Or, si cette prolifération ou cette dégénérescence kystique est peu importante on peut accepter comme vraisemblable leur latence jusqu'à l'âge de la ménopause, époque à laquelle se fera leur involution comme l'ont admis certains auteurs (TIXIER).

Abstraction faite de cette réserve, si l'on ne tient compte que des observations étayées sur un examen anatomopathologique, on retrouve dans la littérature sept cas. Nous apportons nous-mêmes sept observations personnelles, dont trois retrouvées dans le service du D^r ROUX-BERGER sur 180 hystérectomies pour annexites pratiquées depuis 1933 jusqu'à ce jour. Nous pouvons donc prétendre qu'elles sont plutôt rares.

En définitive, nous pouvons donc conclure que les *formations ovariennes résiduelles* sont les *plus fréquentes* parmi les *formations post-opératoires* après hystérectomie et castration. Elles sont presque toujours *consécutives à une hystérectomie difficile* pour *salpingoovarites plus ou moins adhérentes*. Elles surviennent chez des *femmes jeunes*, en pleine activité génitale. Un *intervalle libre* de deux mois au minimum, quatre ans au maximum, s'écoulant entre l'intervention initiale et leur manifestation clinique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La topographie et *l'aspect macroscopique* des formations ovariennes sont variables.

Elles siègent toujours sous le péritoine tapissant les parois pelviennes, incluses dans la base du ligament large, plus souvent latéro-pelviennes. Elles se rencontrent au niveau de l'épanouissement terminal de l'artère hypogastrique, au voisinage immédiat de l'uretère. La formation vient faire saillie sous le péritoine au niveau d'un des culs-de-sac latéraux. Par leur pôle inférieur elles atteignent le plancher pelvien, mais peuvent déborder en arrière dans le Douglas, plus rarement en haut sur la fosse iliaque. Cette *situation latéro-pelvienne* est presque constamment retrouvée : 12 fois sur les 13 observations que nous rapportons. Personnellement, nous avons constaté une fois, lors de l'intervention, que la formation s'était développée dans le bassin, en avant, au niveau du cul-de-sac vésico-utérin.

Le volume varié de celui d'une noix à celui d'une orange, pouvant atteindre, si l'on retient les descriptions des auteurs, un volume beaucoup plus important. Dans l'observation de J.-L. FAURE, rapportée dans la thèse de MIKLER, le kyste atteignait les dimensions d'une tête d'adulte.

Leur configuration macroscopique est variable suivant le volume et le nombre des kystes contenus dans la forma-

tion ovarienne. Le plus souvent, kystes multiples, translucides ou noirâtres, donnant un aspect irrégulier. Quelquefois, kyste plus volumineux, (mandarine, noix) isolé ou coexistant avec des kystes plus petits.

Le contenu des kystes n'est pas uniforme : citrin, séreux, séro-hématique ou franchement noirâtre.

Ces formations incluses dans le ligament large *adhèrent* d'une façon intime, non seulement au péritoine, mais encore aux organes voisins : rectum, vessie, uretère, paroi pelvienne. Cette adhérence peut être telle que dans l'observation rapportée par V. RICHE, MOURGUE, MOLINE et P. LOUJON l'opérateur dut faire pousser dans le rectum une injection pour s'assurer que la masse était indépendante de la cavité de cet organe.

On comprend aisément que les opérateurs soient tous d'accord pour reconnaître l'extrême difficulté qu'on rencontre lors de leur extirpation, qui ne se fait bien souvent que par fragmentation. Mais, même dans les cas où la tumeur semble séparée par un plan de clivage des régions voisines, on éprouve toujours de la difficulté au niveau d'un pôle qui se trouve relié à la paroi du bassin ou au plancher pelvien par un pédicule vasculaire.

Au point de vue HISTOLOGIQUE, ces formations présentent toujours un ou plusieurs caractères permettant d'établir leur origine ovarienne. On retrouve, soit un follicule, soit un corps jaune, à un stade quelconque de leur développement, soit un stroma rappelant celui de l'ovaire.

1) *Le stroma ovarien* est parfois lâche, distendu par un œdème abondant, légèrement infiltré de cellules inflammatoires, de façon diffuse. Dans une coupe (Obs. I) ces cellules sont groupées en amas d'aspect lymphoïde. Parfois, au contraire, le stroma est scléreux ou sarcomatoïde,

constitué de cellules fusiformes, groupées en faisceaux plus ou moins tourbillonnants. Enfin, il faut noter la présence de nombreux vaisseaux, artérioles ou veinules, indice de congestion intense avec même hémorragies interstitielles. Le stroma est parsemé de vésicules plus ou moins abondantes et plus ou moins volumineuses. Tantôt, quelques petits kystes microscopiques, clairsemés, tantôt, kystes volumineux, nombreux, la substance fondamentale étant presque disparue.

II) *Les formations folliculaires* siègent souvent dans la partie centrale de la tumeur, comme si autour de ce reste ovarien, s'est constitué une néo-formation par un processus inflammatoire. Les aspects des follicules retrouvés sont variables.

1) *Follicules jeunes*, ressemblant à ceux que l'on rencontre avant la puberté : thèque externe, thèque interne, sur plusieurs couches de cellules folliculeuses, cavité centrale peu développée avec ovocyte.

2) *Follicules adultes*, plus ou moins près de la maturité, possédant les deux théques interne et externe, bien individualisés, une cavité centrale ou antrum très développée et un ovocyte siégeant dans un point de la granulosa, le disque prolifère.

3) *Follicules en évolution atrésique*. Les petits follicules évoluent vers l'*atrésie oblitérante*. Dégénérescence de la granulosa ; hypertrophie des cellules thécales, qui se remplissent de granulations lipidiques et combler la cavité folliculaire, et formation terminale d'un faux corps jaune (BOUIN) qui ne tarde pas à subir la régression conjonctive.

Les follicules plus volumineux subissent l'atrésie kys-

tique : leur lumière au lieu de s'oblitérer est distendue par du liquide ; leur paroi comprend, en allant de la lumière du kyste vers la périphérie, des restes de la membrane granuleuse ; une couche plus ou moins épaisse de cellules lutéiniques de la thèque interne qui s'intriquent à la périphérie avec le tissu conjonctif du stroma (faux kyste lutéinique).

4) *Kystes folliculaires*, plus ou moins volumineux, dont le revêtement est constitué par plusieurs assises de cellules, de la *granulosa*. Cette paroi est doublée extérieurement par des éléments de la thèque interne.

III) *Le corps jaune* se rencontre aussi à une période quelconque de son évolution depuis son origine, 6 heures environ après la rupture folliculaire, jusqu'à sa régression, 2 à 3 mois après. Corps jaunes, avec paroi lutéinisée, godronnée, et caillot central, ou ensuite disparition de la cavité centrale et lutéinisation complète. Enfin corps jaunes en voie de régression : sclérose, ischémie, et remplacement du tissu lutéinisé par un nodule blanchâtre cicatriciel.

Le corps jaune peut aussi se présenter sous l'aspect kystique réalisant : le *kyste lutéinique*. Celui-ci possède une couche de cellules lutéiniques qui présente les caractères suivants : a) surface externe régulièrement ondulée ; b) cellules se disposant en travées radiées, séparées par du tissu conjonctif ; c) cellules lutéiniques plus volumineuses que celles de la thèque des follicules atrophiques.

Nous savons combien il est difficile, sinon impossible, de faire par l'étude cytologique la distinction entre les vrais et les faux kystes lutéiniques (MOULONGUET). L'étude du liquide contenu dans leurs cavités par l'injection, à la

souris impubère et la constatation des réactions vaginales, permet seule de les distinguer. Cette étude, dans les observations retrouvées, n'a pas été faite.

IV) En dehors des différents aspects kystiques des formations folliculaires et lutéiniques, on rencontre, dans le stroma, des *kystes séreux* ou *hématiques* :

1) *Les kystes séreux*, à contenu citrin, limités par un tissu fibreux dépourvu de revêtement épithélial.

2) *Les kystes hématiques*, par aplopexie du stroma, limités par une simple paroi fibreuse, à contenu sanglant, plus ou moins organisé. Ceux-ci sont à distinguer des kystes folliculaires ou lutéiniques qui peuvent contenir un liquide hémorragique.

V) Citons enfin un cas où l'histologiste a identifié un *fibromyome*. Il s'agit probablement d'une tumeur aux dépens des fibres lisses du hile ovarien ou des parois vasculaires.

Au point de vue microscopique, dans toutes les préparations, on constate, en définitive, la présence d'éléments histologiques complets ou partiels permettant de caractériser et d'identifier avec certitude la structure du tissu ovarien. Follicules de Graaf, corps jaunes à leurs différents stades, stroma ovarien plus ou moins typique, tels sont les termes associés ou dissociés que décèle l'étude anatomopathologique de ces tumeurs résiduelles. Parfois, la prolifération et la kystisation lutéiniques sont remarquables et la réaction thécale particulièrement intense. Le follicule de Graaf peut de son côté offrir une situation nettement inhabituelle justifiant une évolution sans rupture.

Nous ne pouvons mieux faire pour illustrer ce chapitre que de reproduire quelques observations déjà publiées. Nos documents anatomopathologiques personnels seront donnés au fur et à mesure des observations cliniques.

OBSERVATION I (résumée) de CORNIL et FOLLE

Femme de 30 ans, castration totale il y a 3 ans sans difficultés opératoires notables. Depuis 2 mois, douleurs abdominales vives dans le cul-de-sac latéral gauche. Tumeur du volume d'une mandarine arrondie peu mobile. Opération, 21 mai 1930. On trouve, à gauche du col, une tumeur d'aspect kystique, qu'on libère aisément en haut et sur les côtés. Par son pôle inférieur, elle adhère au plancher pelvien auquel la relie un petit vaisseau qu'on lie. On enlève la poche sans la rompre. Guérison.

Examen anatomopathologique : 1^{re} préparation.

a) le centre de la préparation est occupé par un *kyste thécolutéinique* rempli de sang assez récent, ni goudronné, ni organisé. La limitante interne, très épaisse, est constituée par de la fibrine organisée dans laquelle on distingue des cellules fusiformes et d'autres éléments ressemblant à ceux de la thèque interne. La couche thécolutéinique est formée par des cellules à limites imprécises, à noyau volumineux, fortement coloré et un tissu conjonctif à fibres épaisses. Dans la thèque, on distingue deux couches : une couche interne peu riche en cellules, dont un certain nombre sont péri-vasculaires (cellules para-lutéiniques); des fibres conjonctives épaisses formant la thèque externe.

b) le *stroma ovarien*, légèrement infiltré de façon diffuse de cellules rondes, sauf en un point groupées en amas lymphoïde, est distendu par un œdème abondant. Au niveau de l'un des pôles de l'ovaire, il existe un amas ovale de fibres musculaires. Sur la périphérie, on constate, d'autre part, des caillots en voie d'organisation.

c) L'*épithélium germinatif* donne lieu à des formations endométrioïdes par invagination ; en deux endroits, il envoie dans le

stroma ovarien des invaginations revêtues par un épithélium cubique. Certaines ramifications de ces invaginations sont isolées et renferment du sang toujours en voie d'organisation.

2° préparation : a) et b).

La préparation est occupée par des masses solides ou kystiques de tissu lutéinique hypertrophique nettement fonctionnel. Autour de ces formations se manifeste une réaction thécale extrêmement importante. Le stroma ovarien, œdémateux, contient de nombreuses plages de cellules conjonctives volumineuses. Il s'agit là d'une véritable réaction déciduale ectopique fréquente au niveau des ovaires infectés.

3° préparation : c) et d).

On rencontre de haut en bas sur la préparation les formations suivantes :

1) un corps jaune rectiforme hyalinisé entouré et traversé par des traînées de tissu thécal hypertrophique contenant du pigment sanguin.

2) un volumineux follicule de Graaf. La granulosa est bien conservée ainsi que ses cellules non lutéinisées. Deux couches thécales, bien individualisées, l'entourent concentriquement. Etant donné la situation centrale de ce follicule, il est évident que la rupture en est impossible.

3) dans le plan sous-jacent, on trouve : a) un corps jaune régressif, dépourvu de réactions thécales, b) un corps jaune rectiforme à réactions thécales, c) un kyste lutéinique contenant du liquide de Graaf et présentant une limitante interne mince, une couche lutéinique en voie de transformation conjonctive, ainsi que deux thèques.

4) un nouveau corps jaune hyalinisé.

5) le stroma ovarien interposé entre ces différentes formations, est parsemé d'hématoses organisés et se continue à gauche avec une masse épaisse de musculature (muscle utérin).

OBSERVATION II (résumée) de CORNIL et FIOLE

Malade de 32 ans, hystérectomisée (castration totale), au 20^e jour, reprise des douleurs et apparition d'une tumeur grosse comme une noix dans le cul-de-sac droit. Pertes rosées puis rouges. 2 mois après la première opération, les douleurs plus intenses obligent à réintervenir. On enlève une masse noirâtre, régulière, du volume d'une noix. On pense d'abord qu'il s'agit d'un simple hématome, mais l'examen histologique démontrera que la structure reproduit des éléments ovariens. Guérison.

Examen anatomopathologique : la première préparation présente du tissu ovarien à stroma œdémateux partiellement hyalinisé contenant un corps jaune central, allongé, lui-même hyalinisé (pigments sanguins).

La deuxième préparation montre : a) du tissu ovarien à nombreux corps jaunes imprégnés de pigments sanguins ; b) du tissu fibreux et fibrineux, avec un capillaire à endothélium prolifératif ; c) une couche musculaire lisse formée par des travées, d'épaisseur variable, dont certaines constituées par des fibres jeunes ; d) à gauche, on note la présence d'un amas épithélial, formé probablement par une glande utérine.

Dans l'observation de J. LANOS, publiée dans les bulletins et mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris, en avril 1925, « kyste pelvien d'origine ovarienne, développé après une hystérectomie pour péritonite aiguë » il s'agit d'un ovaire sclérokystique.

OBSERVATION III (résumée) de J. LANOS

Malade âgée de 36 ans, ayant subi en février 1924 une hystérectomie totale difficile pour laquelle un drainage à la mickulicz fut nécessaire. Dans les suites opératoires, fistule rectovaginale et fistule intestino-pariétale. Elle revient consulter en juillet 1924, pour douleurs dans la fosse iliaque droite et fièvre (37°8). On constate une tuméfaction douloureuse dans la fosse iliaque droite qu'on perçoit aussi par le toucher vaginal. La fistule recto-vaginale con-

tinue de donner. Incision d'un gros abcès abdomino-pelvien. Revue en février 1925 : les deux fistules, pariétale et vaginale, continuent de donner. Dans la fosse iliaque droite, on constate l'existence d'une tumeur arrondie, rénitente, non douloureuse ¹ du volume d'une grosse orange. Cette tumeur est perçue par le toucher vaginal. Intervention et ablation du kyste.

Examen histologique : kyste de l'ovaire, ovaire reconnaissable scléro-kystique.

Dans le cas rapporté par HALLER, à la Société des Chirurgiens de Paris, à la Séance du 3 avril 1925, la formation ovarienne avait donné naissance à une tumeur solide (fibromyome).

OBSERVATION IV (*résumée*). — D^r HALLER

Malade âgée de 23 ans, a été opérée à 20 ans d'une appendicite et d'une annexite droite. Hystérectomie subtotal en février 1923, pour hydrosalpinx gauche, adhérent à l'S iliaque et à l'épiploon. Suites opératoires normales. Revue le 2 juin 1923, à l'occasion d'un kyste synovial du poignet. Un examen abdominal est pratiqué qui montre le moignon du col souple, mobile, non douloureux. Les culs-de-sac sont souples. En octobre 1923, la malade souffre du bas-ventre à gauche, et présente une légère ascension thermique à 37,8-38° le soir. Au toucher vaginal, dans le cul-de-sac latéral gauche, coiffant la moitié gauche du col, on perçoit une petite masse du volume d'une noix, très douloureuse au toucher. Après 15 jours de repos et d'injections chaudes, il persiste à peine une noisette un peu sensible. En juin 1924, de nouveau, phénomènes douloureux et poussées subfébriles le soir. Au toucher vaginal, masse tendue, douloureuse, de consistance kystique, du volume d'un citron dans le cul-de-sac gauche, contre le col, et remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade de fallope. Réintervention : on trouve dans le ligament large gauche un kyste des dimensions d'un citron auquel viennent adhérer l'épiploon et l'S iliaque. Après libération de ces adhérences, le kyste apparaît nettement intra-ligamentaire. Après incision du péritoine, « découverte de l'uretère que l'on suit,

de haut en bas, en séparant, sous le contrôle de la vue, le kyste qui lui adhérerait assez intimement. La séparation étant ainsi complète, le kyste est extirpé.

La pièce enlevée présente 3 kystes, dont 2 à contenu hématique, 1 à liquide citrin. Une coque scléreuse épaisse entoure extérieurement les 3 kystes.

Examen histologique : ovaire, fibromyome de l'ovaire. « A côté de follicules ovariens à différents degrés de développement et de corps jaunes plus ou moins âgés, il existe une masse formée de faisceaux musculaires lisses orientés en tous sens, séparés par du tissu conjonctif mais avec une très grosse prédominance de tissu musculaire. »

L'auteur ajoute à la fin de son observation : « J'ai pu m'expliquer de cette façon des symptômes rétrospectifs : La raison pour laquelle cette malade n'a présenté à aucun moment après son opération de février 1923 aucun phénomène d'insuffisance ovarienne. »

PATHOGÉNIE

Nous avons vu au chapitre précédent que l'examen histologique a montré qu'il s'agit toujours de tissu ovarien. Le problème qui se pose est de savoir quelle est l'origine de ces tissus.

Différentes hypothèses peuvent être envisagées.

On a invoqué comme première hypothèse la possibilité d'une *homogreffe opératoire*. Greffe soit directe d'une follicule, soit indirecte par inclusion d'un fragment d'épithélium germinatif évoluant vers la folliculisation. A priori cette hypothèse apparaît séduisante appuyée sur l'analogie des endométrïomes cicatriciels post-opératoires. Deux arguments, de valeur d'ailleurs inégale, réfutent cette hypothèse :

1°) si le fragment d'épithélium germinatif inclus peut évoluer vers un stade ultérieur, il aurait tendance à prendre le type endométrïal plutôt que le type folliculaire beaucoup plus nettement différencié.

2°) s'il s'agit de la greffe directe d'un follicule, on ne peut expliquer la présence dans les coupes de plusieurs follicules, corps jaunes, et stroma ovarien associés dans plusieurs cas.

La deuxième hypothèse est celle qui se base sur l'existence d'*ovaires surnuméraires*.

Des anomalies congénitales par excès du nombre des ovaires sont bien connues. Ovaires accessoires, succinturiés, surnuméraires signalés par WALDEYER, puis étudiés par PUECH. Ils seraient peu fréquents : BEIGEL les a trouvés 23 fois sur 500 autopsies ; WINCKEL, 18 fois sur 500 autopsies ; RIEFFEL, 4% des cas.

MAUCLAIR et Mme EISEMBERG-PAPERIN ont réuni 52 cas. Ils distinguent deux variétés : 1) les ovaires surnuméraires accessoires, contigus à l'ovaire normal ou placés sur lui; 2) les ovaires surnuméraires aberrants situés sur la ligne de descente de l'ovaire au cours de sa migration.

L'ovaire surnuméraire est en général unique, mais des cas de multiplicité sont signalés. Le volume varie de la grosseur d'un grain de chanvre à celui d'une petite cerise. Exceptionnellement l'ovaire surnuméraire siège dans le replis vésico-utérin (WINCKEL) ou occupe une position rétro-péritonéale (ROSENSTEIN). La structure de ces ovaires surnuméraires est en général celle de l'ovaire normal, le tissu conjonctif peut être très développé.

DANIEL de Bucarest a été le premier à leur attribuer l'origine de certains kystes pelviens consécutifs à l'hystérectomie.

Pour les auteurs qui défendent cette hypothèse, les ovaires surnuméraires se développeraient, après la castration, par un phénomène d'hyperthrophie compensatrice comparable à celui qui intéresse une rate accessoire après certaines exérèses spléniques.

La troisième hypothèse incrimine les *débris d'ovaires laissés en place au cours d'une hystérectomie*.

Cette hypothèse est défendue par GILLET pour qui on est en présence « de fragments d'ovaires demeurés adhé-

rents aux feuillets postérieurs du ligament large et qui survivent à l'ablation de l'organe ».

LECÈNE a exprimé son opinion à la Séance de la Société de Chirurgie du 26 juin 1929. Il s'agit pour lui d'une parcelle d'ovaire laissée en place par le chirurgien ; un kyste volumineux pouvant d'ailleurs provenir d'un fragment d'ovaire de volume très réduit.

En faisant la critique des observations, nous trouvons un certain nombre d'arguments qui plaident en faveur de cette dernière hypothèse :

a) *La nature des lésions* qui a entraîné à la castration et l'hystérectomie. Nous trouvons presque toujours une lésion inflammatoire : la salpingo-ovarite. Il s'agit toujours de lésions importantes : salpingite volumineuse très adhérente, catarrhale ou suppurée ; hydrosalpinx ; pyosalpinx.

b) *Les conditions d'exécution de l'hystérectomie.*

Interventions toujours laborieuses pour décoller une annexe noyée dans des adhérences épaisses et solides. Il a fallu souvent recourir au procédé américain pour pouvoir détacher cette annexe plaquée contre le pelvis ou prolabée dans le Douglas. Souvent l'annexe n'est venue que par morcellement « en lambeaux ».

c) *Le siège des formations résiduelles.*

En effet, dans toutes les observations on les voit apparaître avec une régularité constante du côté qui a offert le maximum de difficultés à l'exérèse.

Que toutes ces formations ovariennes post-opératoires ne dérivent pas d'un fragment d'ovaire, abandonné après une intervention difficile, c'est possible ; mais il nous

semble que l'importance attribuée aux ovaires accessoires a été nettement exagérée.

Quelle que soit l'origine de ce tissu ovarien (greffe, ovaire surnuméraire, débris d'ovaire) celui-ci se met à proliférer et à fonctionner. L'ovulation semble continuer d'une façon normale, du moins au début. La présence de corps jaunes dans les coupes est le test histologique traduisant une évolution folliculaire complète.

Mais ce fonctionnement normal n'est pas la règle. Dans la majorité des cas, nous avons vu qu'on retrouve les éléments qui constituent les lésions dystrophiques de l'ovaire. Ovaires scléro-micro-kystiques ou ovaires à petits kystes, ovaires kystiques avec présence de kystes folliculaires volumineux, enfin ovaires contenant un kyste du corps jaune. Il s'agit donc d'une *véritable dysovarie*.

Quelles sont les causes de cette dysovarie ? Pourquoi ce tissu ovarien abandonné sur place au cours d'une intervention laborieuse se met-il à proliférer et à présenter une *évolution atrésique* ?

Nous croyons que différents facteurs peuvent être invoqués.

1) *L'infection.*

On sait que l'infection a été incriminée comme pouvant provoquer le réveil d'éléments embryonnaires. Son rôle est de même admis dans l'étiologie de certaines lésions ovariennes. Elle exerce, d'après certains auteurs, une influence sur l'évolution des follicules dont le développement prendrait le type atrésique.

On peut donc, à priori, supposer que l'infection joue un rôle, non seulement dans la prolifération du tissu ovarien abandonné sur place après une intervention labo-

rieuse, mais encore dans l'évolution atrésique des follicules.

2) *Les troubles de vascularisation.*

On trouve fréquemment des ovaires kystiques dans les cas où la circulation de l'ovaire est troublée. Cette étiologie a pu être reproduite expérimentalement. (VINEBERG, KROSS). Certains auteurs leur ont attribué des dégénérescences kystiques des ovaires, au cours d'hystérectomies conservatrices (DESMARET, RELIER). Il est permis par conséquent de rattacher aux perturbations circulatoires la dégénérescence kystique des formations ovariennes résiduelles.

3) *L'hystérectomie.*

Expérimentalement des phénomènes de dégénérescence des ovaires ont été observés après hystérectomie (TAKAKUSU, ZIMMERMAN, PARFENOFF).

WATRIN et BRABANT ont aussi observé la dégénérescence des ovaires de lapines après hystérectomie, l'atrésie rapide des follicules de Graaf et la formation d'un vaste massif interstitiel au dépens des thèques des follicules atrésiques. Chez la femme enfin, on a vu que la persistance d'un moignon utérin assez gros pour contenir une certaine quantité de muqueuse, ou encore la greffe d'endomètre empêchent la dégénérescence de la greffe ovarienne et préviennent beaucoup plus sûrement les troubles de la ménopause (CHEVAL, DEJARDIN, L. et Ch. MAYER). Ces travaux tendent à démontrer l'interréaction de l'utérus et de l'ovaire. On peut donc se demander si la dégénérescence kystique de la formation ovarienne après hystérectomie ne

serait pas la conséquence de la suppression d'un des organes les plus soumis à l'action de l'ovaire.

4) *L'hypophyse.*

En ce qui concerne le lobe antérieur de l'hypophyse, nous savons que la suppression des fonctions ovariennes provoque à son niveau des altérations histologiques typiques avec une production exagérée d'hormone gonadotrope. Il en résulte une élévation dans l'urine du taux de l'hormone de la maturation folliculaire (mitosine, gamétotrope de Moricard).

On peut donc émettre l'hypothèse qu'il existe un équilibre hypophyso-ovarien, équilibre qui conditionne le fonctionnement normal de l'ovaire. Cet équilibre se trouverait rompu du fait de la castration. Le petit fragment d'ovaire, laissé involontairement après une intervention, se met à proliférer et à fonctionner d'une façon anormale. La perturbation de ces fonctions se traduirait par le syndrome anatomoclinique de la dystrophie ovarienne.

Mais, hâtons-nous de le dire, il ne s'agit là que d'hypothèses dont la preuve reste à fournir.

On peut considérer à notre avis que les formations résiduelles ovariennes dérivent de débris d'ovaires laissés au cours d'interventions incomplètes ; que l'évolution de ces formations aboutit souvent, mais *non nécessairement*, à la dégénérescence kystique.

ETUDE CLINIQUE

Les manifestations cliniques des formations ovariennes résiduelles revêtent au début de leur développement un caractère clinique insidieux. Après l'hystérectomie et castration, il existe une période plus ou moins longue, *véri-table* « *intervalle libre* » absolument silencieuse, marquée par les troubles habituels de la ménopause anticipée. Cette période varie comme durée entre les limites de 2 mois (obs. II) et 2 ans (obs. VIII), 3 ans (obs. XI), 4 ans (obs. XIII), avec une prédominance aux alentours d'une année.

A ce moment, on voit la première manifestation clinique apparaître : **les douleurs.**

Ce sont au début des douleurs sourdes, sous forme de pesanteur hypogastrique, de tiraillements intrapelviens pouvant s'accompagner de ténésme vésical ou rectal. Il est plus rare que le début soit marqué par une douleur violente d'emblée, comme ce fut le cas dans les observations (obs. II, VIII). Cette période dure peu de temps, et on voit bientôt les signes prendre plus d'acuité et se compléter pour constituer un ensemble clinique assez caractéristique. La *douleur* est le *signe dominant* retrouvé d'une *façon constante* dans toutes les observations qui font l'objet de cette étude.

Elle revêt une *intensité particulière*, très vive, dominant le tableau clinique. C'est une douleur continue sur

le fond de laquelle viennent se greffer des exacerbations sans horaire précis.

Elle *siège*, le plus souvent, dans le bas ventre, ou dans le bassin, unilatérale, parfois bilatérale, quoique dans cette éventualité elle conserve un maximum d'acuité unilatérale. Cette douleur présente des irradiations le plus souvent ascendantes vers la région lombaire, comme dans les annexites. Cette irradiation peut être prédominante, comme nous l'avons observé une fois, la malade attirant l'attention sur la région rénale (obs. X). Dans d'autres cas, au contraire, elle est nettement descendante vers le membre inférieur correspondant, occupant la face interne de la cuisse. Enfin cette douleur s'accompagne de ténésme vésical et rectal, que peuvent expliquer les rapports des formations ovariennes résiduelles avec ces organes. L'influence qu'exercent sur la douleur les attitudes de la malade, le repos est variable. Certaines malades souffrent davantage à la station, la marche, ou après le coït. D'autres, au contraire, semblent un peu soulagées par le décubitus latéral. Certaines hystérectomisées ont des périodes de sédation régulière, d'où l'interprétation que les recrudescences sont peut-être en rapport avec le rythme théorique des règles abolies.

Ce caractère est retrouvé dans une observation rapportée par TIXIER où « la malade racontait qu'à des intervalles mensuels, assez réguliers, elle souffrait à gauche et accusait, à ce moment, des malaises subjectifs lui rappelant ceux, antérieurement éprouvés au moment des règles ». Nous-mêmes, l'avons relevé dans un cas où les douleurs étaient nettement accrues aux périodes correspondant à la venue normale des règles (obs. VII).

Quel que puisse être le rôle du volume et de la situation

du kyste, de l'état des cicatrices internes, la douleur n'a jamais fait défaut dans les observations publiées. Jamais la tumeur n'a été découverte au cours d'un examen fortuit.

Parallèlement à la douleur, existe, mais avec beaucoup moins de constance, un deuxième signe : *l'hémorragie*. Sa constatation est pour nous d'une grande valeur et signe, en l'absence de toute autre lésion, la nature ovarienne de la formation résiduelle. Les différents auteurs ne paraissent pas lui attribuer une grande importance et ne signalent pas ce symptôme. Rapportant une observation de J.-L. FAURE, MIKLER n'écrit-il pas : « A la suite de cette opération (ablation bilatérale des annexes) les règles ne réapparaissent plus, bien entendu ».

En réalité, nous partageons l'avis de CORNIL et FIOLE, quand ils écrivent : « Un écoulement sanguin survenant après castration totale constitue une indication formelle, non seulement à la recherche d'une dégénérescence possible du col, à laquelle on pense toujours, mais aussi à la recherche d'une tumeur résiduelle ». Ces auteurs ont noté 3 fois dans leurs observations des écoulements sanguins (obs. I, II, XI).

Une observation de PELLANDA, rapportée par GILLET, nous montre une malade qui, après castration totale, n'a cessé pendant 4 ans d'être réglée « *irrégulièrement et douloureusement* » et chez qui on finit par découvrir un kyste résiduel. Nous-mêmes, nous retrouvons ce signe dans l'observation inédite que nous a confiée le Dr MOULONGUET (obs. XIV).

Nous voyons encore apparaître ce signe dans l'observation qui suit :

OBSERVATION V (*inédite*) du Service du D^r ROUX-BERGER

Malade âgée de 29 ans, opérée à St-Louis, en octobre 1933, d'une hystérectomie subtotale pour *salpingite bilatérale très adhérente à droite*.

Elle vient consulter dans le service, le 1^{er} mai 1934, parce qu'elle souffre dans le bas-ventre depuis quelque temps. Aurait eu, ce jour, des pertes jaunâtres, mêlées de sang. Ces pertes sont douloureuses et se sont terminées dans la soirée. A l'examen, on constate, au toucher, l'existence d'une *masse postéro-latérale droite* du volume d'une mandarine, peu mobile, douloureuse à la pression, donnant une sensation de fluctuation. La malade entre dans le service pour être opérée.

Réintervention, le 15 mai 1934. Incision médiane sous-ombilicale réséquant l'ancienne cicatrice. Il s'agit d'un *ovaire kystique résiduel droit dont l'adhérence à la paroi et la friabilité ne permettent pas l'exérèse complète*. 2 mèches cellophane. Crins sur la paroi.

Examen histologique de la pièce : la provenance des tissus prélevés est reconnaissable à la présence de quelques follicules jeunes et de corps jaunes anciens. Outre ces éléments normaux, on trouve, un kyste folliculaire, dont le revêtement est constitué par 6 à 12 assises de cellules de la granulosa. Cette paroi est doublée extérieurement par des éléments de la thèque interne. Le kyste ne contient pas de sang. Par contre, une hyperémie considérable transforme l'ensemble des tissus prélevés en une sorte d'éponge de sang, soit, sous la forme d'hémorragies interstitielles, soit, sous l'aspect de kystes hématiques, limités par un tissu fibreux dépourvu de revêtement épithélial identifiable.

Après l'opération : hématome suppuré de la paroi nécessitant un drain. Au toucher vaginal : perception d'une *masse* dans le Douglas. On décide une colpotomie qui est faite le 6 juin 1934. On fait communiquer avec une pince l'ouverture abdominale avec l'ouverture vaginale. Drain en T dans cette dernière. On garde le drain abdominal.

La malade est revue le 21 août 1934 pour un fil ombilical enlevé sans anesthésie (crin). A eu une *métrorragie* peu abondante le 20 août 1934. Au toucher vaginal, on constate une *masse allongée* sur

la paroi latérale droite du bassin donnant une sensation identique à celle qu'on a trouvée le 15 mai 1934. La malade, revue le 25 mai 1935, raconte que depuis la métrorragie apparue la première fois le 20 août 1934, « elle perd tous les mois », pertes qui apparaissent 8 jours avant la date présumée des règles, pertes couleur sépia, peu hémorragiques, pas très abondantes, irrégulières et capricieuses, durant au total 6 jours. Le 5 juillet 1935, la malade revient consulter et raconte que tous les mois elle perd toujours un peu de sang noir. Au toucher vaginal, le cul-de-sac droit est un peu dur. Au speculum : pas de plaies visibles. Curetage du moignon cervical montre un tissu dur mais pas de tissu néoplasique.

Le 21 mars 1936, la malade continue toujours d'avoir ses règles. Au toucher : induration du cul-de-sac droit toujours perceptible, le kyste résiduel n'ayant pu être enlevé complètement, on pense qu'il peut s'agir là d'une repullulation de tissu ovarien qui pourrait être traitée par les rayons.

Dans ce but, la malade est adressée au service de radiologie de l'hôpital St-Antoine. 14 séances de roentgenthérapie, à raison de 2 séances par semaine. Durée du traitement : du 25 mars au 29 avril 1936. Dose totale : 7.000 R. On emploie 2 champs de 12 cm. x 12 cm. Un champ suspubien, un champ postérieur droit. Etincelle équivalente : 35 cm. Filtre : 0,5 mm. de cuivre, 500 R. par champ et par séance. Distance anticathode : peau 30 cm.

Le 1^{er} mai 1936, après les 14 séances de rayons X, la malade continue à perdre en noir. Au toucher vaginal : pas d'induration perceptible du cul-de-sac droit. Le 4 juin 1936, la malade est améliorée, souffre moins, ne perd plus.

Ces pertes rouges sont encore signalées dans l'observation ci-dessous publiée dans les bulletins et mémoires de la Sté Nat. de Chirurgie.

OBSERVATION VI (résumée). — J. FIOLE, HAYEM et BOURDE

Malade âgée de 41 ans, qui a déjà subi une laparotomie médiane en 1921, sur la nature de laquelle on n'a pas de précisions. Le 13 novembre 1928, on l'opère à nouveau. « Après laparotomie médiane, je trouve à gauche un bloc fibreux réunissant, par des adhé-

rences solides, l'S iliaque et la vessie au niveau du bord gauche de l'utérus privé de ses annexes gauches. A droite, trompe distendue par du pus et ovaire volumineux et kystique. Je pratique une ablation assez laborieuse des annexes droites et de l'utérus que je suis obligé de sectionner assez haut en raison des séquelles de la première intervention. Fermeture sans drainage. Suites sans incidents. » Après 6 mois de parfaite santé, cette malade recommence à souffrir et présente quelques petites pertes rouges. A l'examen, à droite, dans le cul-de-sac, tumeur rénitente, parfaitement ovoïde, du volume d'un œuf, et qui est douloureuse spontanément et à la pression. 7 juin 1929 : nouvelle laparotomie médiane. Entre le moignon utérin et le pédicule utéro-ovarien droit sectionné il y a 6 mois, kyste profondément situé et dont la paroi bleuâtre apparaît comme très mince. *Exérèse complète impossible*. Rupture du kyste. Ecoulement d'un liquide séreux hémétique, d'où nécessité de capitonnage.

Examen histologique : La majeure partie des fragments est une mince membrane formée de fibres conjonctives, de faisceaux de fibroblastes, et de capillaires fréquents. Pas d'inflammation. On note cependant, en quelques points, des éléments plus caractéristiques, disposés en revêtement sur une des faces de cette paroi. Éléments cellulaires volumineux, assez variables comme taille, polygonaux, par pressions réciproques, à protoplasma clair très abondant, aspect poreux dû à la lyse probable par les réactifs de grains lipoïdiques, noyaux globuleux à fine trame chromatique avec un nucléole volumineux et net. Entre ces éléments de grande taille, on note de moins nombreuses cellules, beaucoup plus petites, à protoplasma très acidophile et noyau comparable à celui des éléments décrits ci-dessus. Ces éléments sont disposés sur plusieurs couches, sans interposition de basale entre eux et le tissu conjonctif. On note, en outre, de nombreux capillaires occupant la zone de contact de la paroi et de son revêtement et disposés de telle façon que la moitié de leur section est dans le tissu conjonctif et l'autre dans le tissu de revêtement. Les cellules à lipoïdes sont d'ailleurs directement insérées sur la paroi du capillaire.

Quoiqu'il ne soit pas possible de retrouver des cellules folliculaires, l'aspect du revêtement décrit ci-dessus rappelle à s'y méprendre celui d'un corps jaune en évolution.

D'après ces observations, nous pouvons donc dégager les caractères des hémorragies. Elles apparaissent, tous les mois, un peu en avance sur la date présumée des règles. Ce sont des petites pertes, couleur sépia, peu abondantes, irrégulières et capricieuses, durant 5 à 6 jours. Elles s'accompagnent de douleurs réalisant dans leur ensemble le type de la dysménorrhée, dite d'origine ovarienne.

En analysant ce symptôme, il n'y a pas lieu d'être surpris, étant donné la structure des formations ovariennes. Si l'on admet qu'une hystérectomie subtotalité ménage suffisamment de muqueuse, l'absence de ce signe devrait attirer l'attention et faire discuter l'origine de la masse résiduelle post-opératoire constatée au cours d'un examen. D'ailleurs, dans son livre, « physiologie gynécologique », H. VIGNES, précise, à propos de la persistance des règles, après castrations totales, que les statistiques de LE BEC, de FERRIER, de JAYLE, indiquent des chiffres de 10 à 30 % (si l'utérus n'a pas été enlevé avec les annexes). On a invoqué tour à tour pour expliquer cette persistance : une habitude physiologique (L. CHAMPIONNÈRE, POZZI), une lésion utérine (tel polype), une extirpation incomplète des ovaires, ou enfin un ovaire surnuméraire.

Parallèlement aux hémorragies externes peut-on voir des hémorragies internes intra-kystiques, invoquées par DARTIGUES et CHASSAT ? A priori, elles nous semblent plausibles, mais dans un nombre restreint de cas. Si l'on se base sur les constatations opératoires, on trouve toujours des kystes à contenu hématique mais on ne peut parler de véritables hémorragies intrakystiques. Dans l'une des observations (obs. II), cette hémorragie paraît plus importante, la masse se présentant de prime abord à l'opérateur comme un simple hématome. Ce n'est que

L'examen histologique qui a confirmé la coexistence et d'un hématome et d'un tissu à structure ovarienne. Dans une autre observation (obs.V), on constate une hyperémie considérable qui transforme l'ensemble des tissus prélevés en une sorte d'éponge de sang. Ce fait, d'ailleurs, n'est pas fait pour nous surprendre, et dans ces dernières années, on a vu se multiplier les observations d'hémorragies intrapéritonéales par rupture d'un kyste folliculaire ou lutéinique.

Certains auteurs signalent l'influence de la tumeur sur l'apparition des *troubles de la castration*. GILLET apporte la preuve par deux observations où le kyste semble avoir joué un rôle de suppléance. Tel le cas d'une malade âgée de 34 ans, qui est opérée d'une hystérectomie totale. 4 ans plus tard, une laparotomie pour masse kystique dans le Douglas est pratiquée. Les tentatives de décollement paraissant dangereuses, on évacue le kyste par colpotomie. Récidive dans l'année qui suit et deuxième évacuation du kyste par ponction vaginale. La malade revue va bien, mais elle se plaint « de bouffées de chaleur qui sont apparues peu après la seconde ponction ». Nous retrouvons dans nos observations le même fait signalé par HALLER (obs. IV) qui, après l'ablation d'un fibromyome de l'ovaire, développé après hystérectomie pour annexite, explique rétrospectivement la raison pour laquelle cette malade, pendant une année après son opération, n'a présenté aucun signe d'insuffisance ovarienne.

Le même fait est constaté dans l'observation que nous a communiquée le D^r MOULONGUET (obs. XIV), où les troubles de la castration apparaissent après la radiothérapie, pratiquée d'emblée, avant toute intervention chirurgicale.

Dans l'observation ci-dessous, que nous devons à l'obligeance du D^r d'ALLAINES, les faits se succèdent avec plus de netteté. Les troubles de la castration apparus après l'hystérectomie, disparaissent après la formation ovarienne qui exerce son rôle de suppléance. L'ablation de la formation par voie abdominale est suivie par la réapparition des troubles de la ménopause anticipée.

OBSERVATION VII (*inédite*). — D^r DE GAUDART D'ALLAINES

Mme X..., âgée de 30 ans, vient consulter en mars 1933 pour des douleurs pelviennes importantes et d'intensité progressive apparues depuis environ 2 mois. Son histoire est la suivante : en 1929, elle a été opérée pour un volumineux kyste de l'ovaire qui a été enlevé par laparotomie et qui pesait 2 kg. La malade a été bien portante pendant 2 mois. Puis, elle a commencé à souffrir de douleurs d'intensité progressive et qui se sont accompagnées peu à peu d'un léger mouvement de fièvre, aux environs de 38°, en même temps elle souffrait de pertes blanches importantes et de troubles des règles. Ce sont surtout les douleurs particulièrement marquées qui ont amené à ce moment la malade à réclamer une deuxième intervention.

En 1932, on a pratiqué une *hystérectomie subtotal*e dont les suites opératoires ont été normales. La malade raconte que, dès après l'opération, elle a commencé à souffrir d'une douleur donnant l'impression d'une barre pelvienne accompagnée de périodes de pollakiurie. Immédiatement après l'opération sont apparues des bouffées de chaleur avec des transpirations, symptômes de troubles de ménopause anticipée.

Au début de l'année 1933, le syndrome clinique a brusquement changé. D'une part, sont réapparues des *douleurs très vives*, violentes, presque continues mais avec exacerbation sans horaire précis, douleurs situées dans la région pelvienne mais irradiée nettement au membre inférieur. Le repos n'exerce aucune action sur les douleurs. Celles-ci, au contraire, sont nettement accrues aux périodes qui correspondent à la venue normale des règles. Elles obligent à ce moment à interrompre le travail. En même temps la ma-

lade a observé la *cessation complète des bouffées de chaleur et transpiration*, c'est-à-dire des troubles de ménopause. A l'examen, on trouve un col utérin petit, on ne sent pas le corps utérin ; du côté droit, au-dessus du cul-de-sac droit, on apprécie une masse ovoïde, grosse comme une mandarine, molle et un peu tendue et qui débordé dans le cul-de-sac de Douglas. Cette masse est lisse, légèrement douloureuse à la palpation et immobilisable.

Opération le 27 avril 1933 : Anesthésie : protoxyde, Schleich, résection de la cicatrice. Libération du colon sigmoïde, du grêle et du cæcum, ces 3 segments intestinaux adhérents entre eux au promontoire et à la région vésicale, masquent complètement la cavité pelvienne. Une fois le décollement accompli, on découvre une masse kystique qui paraît sous-péritonéale et qui est située profondément à droite de la ligne médiane, cette masse n'est pas très tendue et sa paroi paraît mince. On pratique le décollement progressif de cette masse à l'aide d'un plan de clivage qu'il est assez difficile de suivre. Le *décollement*, en particulier, *est difficile* du côté du rectum et de la vessie. Le décollement peut être accompli sans ouvrir la tumeur, mais la cavité suinte en nappe. Hémostase soignée. Péritonisation colo-vésicale à gauche, une mèche du côté droit où la péritonisation est incomplète. Suites opératoires normales. La malade sort cicatrisée au bout de 18 jours.

L'examen histologique, pratiqué grâce à l'obligeance du D^r DOBKOVITCH, a montré les résultats suivants : l'examen histologique montre un tissu constitué par un stroma fibreux, à fins tourbillons, dans lequel on trouve des cavités à revêtements épithéliaux cubiques du type folliculaire. Cet aspect est celui du *tissu ovarien normal* ; il s'agit donc bien d'un kyste à point de départ ovarien.

L'opération a eu une action immédiate sur les douleurs qui ont cessé dans les heures qui ont suivi. Revue ultérieurement, 2 mois après, la malade n'accuse plus de douleurs pelviennes, et elle déclare qu'elle a vu réapparaître les *petits signes de ménopause* (bouffées de chaleur, palpitations, transpirations surtout). La malade a été suivie depuis son opération. En juin 1933, on lui a fait un traitement radiothérapique au niveau de la cavité pelvienne de manière à stériliser toutes cellules ovariennes qui auraient pu rester.

Revue en 1935, la malade dit souffrir à nouveau sans autre symptôme à signaler. L'examen anatomique ne montre rien à signaler : le col est petit, mobile, le vagin est souple, pas de tumeur. Par précaution, on conseille quelques séances de radiothérapie, que la malade du reste ne fait pas et les douleurs ont disparu spontanément. Revue récemment, la malade va bien, ne souffre plus, ne présente rien à signaler.

Dans certains cas, on a constaté l'existence d'une élévation thermique vespérale aux environs de 37,8-38° (obs. III et IV) mais, c'est là un signe tout à fait inconstant. Sa constatation ne doit pas impliquer nécessairement l'existence d'une suppuration de la formation en dégénérescence kystique ; c'est là plutôt, à notre avis, l'indice d'un certain degré d'infection torpide du tissu cellulaire dans la zone opératoire avec œdème de la base du ligament large, surtout si l'intervention est encore récente. Dans une autre de nos observations, nous voyons un syndrome abdominal aigu, avec une élévation thermique à 39°, c'est l'exception. Voilà, d'ailleurs, cette observation :

OBSERVATION VIII (*inédite*). — D^r MOULONGUET

Malade âgée de 42 ans, entre à l'hôpital St-Louis, le 24 mai 1928. Elle est adressée au service pour un syndrome douloureux abdominal avec température à 39° ; vomissements, arrêts des matières et des gaz, qui ont débuté dans la nuit du 22 au 23 mai 1928. Le médecin qui l'a envoyé pense à une appendicite, car il aurait constaté de la contracture à droite. Une radiographie reinale pratiquée en ville n'a rien montré d'anormal. Dans ses antécédents, on note : une *hystérectomie subtotalale pour fibrome* en 1927, l'appendice n'a pas été enlevé. Actuellement, pas de douleur, température 37'5, pouls à 80 ; localement : zone douloureuse peu sensible, haut située dans le flanc droit. Point douloureux latéral, au-dessus de la crête iliaque, qui peut faire penser à une appendicite rétrocaecale. Pas de douleur à l'extension de la cuisse. La paroi abdominale est

épaisse, adipeuse, mais il n'y a pas de contracture. On a cependant l'impression de sentir quelque chose de résistant. Au toucher vaginal : dans le cul-de-sac latéral droit, il existe une petite masse kystique adhérente à la paroi pelvienne. On conclue que peut-être appendicite à cause des dires du médecin, ou plutôt complication salpingienne ou corps étranger post-opératoires.

Le 26 mai 1928, laparotomie médiane. On repasse par la cicatrice qui est excellente. Appendice sain, enlevé, il existe un œuf logé sous le péritoine du ligament large droit. *Décortication difficile*, il se rompt après évacuation préalable à la seringue (liquide trouble séro-sanguinolent). Ablation des débris ressemblant à des débris d'ovaires kystiques. Il est impossible d'enlever tout parce que des brides croisent la poche dont une pourrait être l'uretère. Attouchement à l'iode. Mèche dans la poche. Paroi aux bourdonnets. Suites bonnes. Le liquide de la poche est stérile. *Examen histologique : débris d'ovaires.*

Nous retrouvons encore une élévation thermique dans l'observation ci-dessous :

OBSERVATION IX (*inédite*). — D^r ROUX-BERGER

Malade âgée de 35 ans. La nuit dernière, crise douloureuse d'une extrême violence, diffuse, sans vomissements, température à 38°. Le matin a émis des gaz. La malade examinée le 23 avril 1931, on constate : bon aspect général, léger ballonnement, l'abdomen est douloureux partout, mais souple. Pouls : 110°. Toucher vaginal et toucher rectal n'apportent aucune indication. Régions lombaires : indolores.

Pas de diagnostic précis. La malade refuse une laparotomie exploratrice. Le soir, température, 38,4, pouls à 100, a eu des gaz. Le 24 avril 1931, amélioration.

Le 29 avril 1931, les crises douloureuses ont réapparu, avec un maximum douloureux dans la partie de l'abdomen. Température 38,6. Au toucher vaginal, on sent une masse volumineuse dans le cul-de-sac droit, bombant dans le cul-de-sac, de Douglas. La malade accepte l'opération.

Opération : laparotomie médiane sous-ombilicale, anse intestinale rouge, distendue, cœcum rouge, il s'agit de *deux énormes salpingites, adhérentes*.

*Hystérectomie subtotal*e, la poche droite se rompt : pus. On arrive à péritoniser partiellement avec ce qui reste des ligaments larges. Appendicectomie ; drains. Examen de la pièce : parois énormes, pus fétide, les trompes sont coudées à angle aigu. Examen histologique : salpingite chronique suppurée. Suites simples.

Le 27 janvier 1933, la malade revue se plaint de douleurs à droite. Au toucher vaginal, col sain, mais à sa droite on perçoit une tumeur ronde rénitente, du volume d'une grosse noix, très sensible.

Le 20 février 1933, même état ; température 38-38,2 ; la tumeur est plus dure ; on la sent très bien au toucher vaginal et très mal au toucher rectal. Elle est très douloureuse.

Le 1^{er} février 1933, *opération* : excision de la cicatrice. A travers un fouillis d'adhérences unissant le gros intestin, le grêle, l'épiploon, on arrive sur la tumeur, du volume d'une noix, pas parfaitement limitée, collée à la paroi pelvienne, au voisinage de la fossette ovarienne, mais plus bas qu'elle. On cherche à libérer cette tumeur ; elle se rompt : issue de caillots noirs. On finit par enlever toute la paroi de cette poche.

Péritonisation colo-vésicale partielle. Mèche sur l'emplacement suintant de la tumeur. On palpe, sous anesthésie, le rein droit dont se plaignait la malade et qui est manifestement gros.

Examen de la pièce : parois lisses non végétantes.

Examen histologique : tissu ovarien présentant des altérations (hémorragies interstitielles ou enkystées) ou déformations pathologiques (kystes folliculaires) mais contenant, d'autre part, des formations en évolution et des corps jaunes anciens. Pas de signe d'endométriose.

La malade n'a plus souffert. Elle a été traitée médicalement par la suite pour l'intestin et une cholécystite.

Nous devons donc retenir de cette symptomatologie surtout 2 signes : *l'un constant : la douleur, l'autre moins*

constant : l'hémorragie, qui acquiert une grande valeur si aucune lésion du col ne l'explique.

A l'examen physique, les constatations importantes qui permettent le diagnostic sont fournies par le toucher vaginal.

Sans doute dans certains cas, la palpation d'une fosse iliaque peut être douloureuse, mais il est rare que le volume et la situation des formations ovariennes soient telles qu'elles puissent être perçues par le palper. Pourtant on retrouve dans une observation de J.-L. FAURE que la masse abdominale dont le volume atteignait une tête d'adulte était non seulement perçue par le simple palper mais encore attirait l'attention à l'inspection qui constatait la déformation abdominale.

Mais ce sont là des faits exceptionnels. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit de formations développées dans la base du ligament large, sous-péritonéales, donc toujours basses et profondes. Le toucher vaginal seul permet de les déceler.

Celui-ci, dans un cul-de-sac, constate l'existence de la masse. Le plus souvent elle se présente dans l'un des culs-de-sac latéraux, et toujours du côté où, lors de la première intervention, on a rencontré les difficultés d'extirpation de l'annexe. Mais dans quelques cas, elle peut déborder en arrière, dans le Douglas. Il s'agit d'une masse de volume variable, noix, mandarine ou orange, arrondie ou ovoïde, elle présente une surface, sinon lisse, du moins régulière, à contours plus ou moins nets et limités. Elle est nettement distincte du col restant ou du moignon vaginal, si l'hystérectomie première a été totale. Elle est donc toujours séparée par un sillon plus ou moins profond du col. La muqueuse du cul-de-sac glisse sur la tu-

meur et ne lui adhère que très partiellement. Sa consistance varie : tantôt ferme, tantôt rénitente, toujours assez tendue, donnant l'impression d'une balle modérément gonflée. Plus exceptionnellement, elle apparaît de nature nettement kystique. La mobilité de la tumeur est nulle, ou du moins très réduite. On peut l'élever un peu par la pression des doigts mais avec le diaphragme pelvien sur lequel elle est plus ou moins plaquée. Mais, fait particulier, toutes les manœuvres d'exploration provoquent une douleur extrêmement vive car la sensibilité de ces formations est tout à fait particulière. C'est là un fait caractéristique qui sert à les distinguer des diverses autres productions pathologiques qu'on peut découvrir après hystérectomie et castration. Donc : *masse profonde perçue par le toucher vaginal, indépendante du col, et se manifestant par des douleurs et des hémorragies externes, sont les signes principaux.*

EVOLUTION

L'évolution générale des formations résiduelles ovariennes, si on la juge sur les observations publiées est mal connue. Dans l'ensemble, la publication des faits est prématurée et aucun document ne permet de porter une opinion sur les résultats éloignés.

Il apparaît pourtant que la formation une fois développée subit un accroissement régulier et progressif, le plus souvent, déterminant des troubles tels que les malades sont les premières à réclamer une nouvelle intervention. Certains ont insisté sur l'évolution par à coups des kystes, ceux-ci subissant une augmentation mensuelle périodique qui serait pour eux la traduction de la congestion menstruelle. Nous avons vu, au cours de cette étude, qu'il ne fallait pas attacher une grosse importance aux faits dont la preuve histologique n'était pas fournie par les observateurs. Nous savons, en effet, la variabilité d'origine des tumeurs dites résiduelles et nous avons insisté déjà sur la nécessité d'isoler parmi elles les formations ovariennes résiduelles après hystérectomie et castration. En effet, si celles-ci sont les plus fréquentes, elles ne renferment pas dans leur cadre toute la pathologie post-opératoire des hystérectomisées. Nous croyons que la même critique peut être adressée aux faits signalés par VAUTRAIN, TIXIER, qui ont rapporté la disparition possible à la longue

du kyste. Pourtant l'interprétation fournie par TIXIER paraît assez séduisante. Cet auteur rapporte le cas d'une kystérectomisée pour annexite, qui après quelques mois présente une tumeur kystique dans le ligament large gauche. Cette tumeur après avoir présenté des périodes d'augmentation et de diminution finit par disparaître « l'âge de la ménopause étant arrivé ». C'est là une explication qui cadre bien avec la notion physiologique admise que l'ovaire à la ménopause se sclérise, s'atrophie, et cesse de mûrir des ovules. Si nous considérons pourtant que l'âge moyen des malades ayant présenté des tumeurs ovariennes résiduelles, indubitables, oscille autour de 36 ans (deux cas signalés à 41 et 42 ans, obs. VI et VIII) nous ne pouvons qu'être sceptiques sur cette disparition spontanée. Nous ne pouvons admettre, pour notre part, que la persistance et l'activité de la formation ovarienne, que seule une thérapeutique active pourra enrayer. En l'absence de cette thérapeutique, la formation ovarienne peut-elle présenter des complications d'ordre aigu, telle la suppuration, ou dans les cas de dégénérescence kystique importante, la rupture ?

Cette éventualité est considérée comme plausible par les auteurs qui ont fait l'étude des tumeurs ovariennes résiduelles (MIKLER, CORNIL et FIOLE). Ces derniers n'écrivent-ils pas dans leur article de la Presse Médicale que le kyste peut se rompre, s'enflammer, ou même suppurer, éventualité qui explique les différences de mobilité et d'adhérence aux tissus voisins.

Dans les observations que nous avons relevées, ces complications aiguës n'ont jamais été constatées. Pourtant nous admettons l'existence d'un certain degré d'infection de ces formations, mais infection lente et insidieuse

n'ayant aucune manifestation clinique. Dans quatre cas sur quatorze, elle s'est traduite par un léger mouvement fébrile (obs. III, IV, VIII et IX).

Par contre, le caractère récidivant de ces formations nous est apparu comme très fréquent, à l'opposé de CORNIL et FIOLE qui considèrent la récurrence comme exceptionnelle. Cette évolution est déjà signalée dans la littérature et, GILLET, en 1925, rapporte l'observation d'une malade qui, castrée en 1919, continue à être réglée irrégulièrement et douloureusement, lorsqu'elle est revue, en 1923, époque à laquelle elle est hystérectomisée pour une masse kystique fixée dans le pelvis. Six mois après, il constate la récurrence du kyste qui est traité cette fois par ponction vaginale. CHALIER, la même année, rapportait à la Société de Chirurgie de Lyon, quatre opérations de kystes pelviens consécutifs aux castrations pour pyosalpinx, dont trois avaient récidivé dans l'année qui suivit leur ablation. BROCC et DUPEUX (obs. VIII) sont obligés de recourir à la radiothérapie pour le traitement d'une récurrence de formation ovarienne, enlevée chirurgicalement quatre mois auparavant.

Dans les observations inédites que nous rapportons, nous avons constaté deux fois cette récurrence. Bien que les résultats des observations retrouvées soient pour la plupart trop récents pour en faire état, on ne relève pas moins de trois récurrences sur un chiffre global de treize observations. Voici l'une des trois observations recueillies dans le service du D^r ROUX-BERGER.

OBSERVATION X (*inédite*).

Malade âgée de 29 ans, opérée en 1932 pour *annexite*. A subi à cette date une hystérectomie subtotalaie. La malade opérée en province

ne peut donner plus de détails sur la nature exacte de l'intervention et des lésions trouvées. Elle vient consulter dans le service en octobre 1933 pour des douleurs apparues depuis quelque temps, qui d'abord sourdes et supportables, ont revêtu un caractère beaucoup plus violent. Elle souffre dans le bas-ventre et dans le pelvis.

Au toucher vaginal, on découvre une masse du volume d'un petit œuf, dans le cul-de-sac latéral gauche, sensible à la pression, et qui est nettement indépendante du col restant. La malade est réopérée le 26 octobre 1933.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, libération d'adhérence épiploïque à la cicatrice. Le colon pelvien adhère à la ligne de péritonisation. On le libère. Incision du péritoine au niveau du feuillet antérieur du ligament large gauche. Décollement de ce feuillet. On sent la face antérieure de cette tumeur qui paraît moins volumineuse que ne laissait présumer le toucher. *Avant de continuer la libération, on recherche l'uretère et on le voit sous le feuillet postérieur du ligament large. Il passe derrière la masse latéro-cervicale. Libération au doigt de cette masse, mais cette libération relativement facile au niveau du pôle antérieur de la masse s'avère extrêmement pénible en arrière. Au cours de cette manœuvre, la masse se rompt et apparaît contenant une substance gélatiniforme. Ablation de la majeure partie de la masse. Un fragment postérieur de la paroi de cette tumeur est extirpé ensuite. Suintement sanguin, en nappe, au niveau du lit de cette tumeur. Mèche cellophane, péritonisation à l'aide du feuillet antérieur du ligament large gauche et du colon sigmoïde. Paroi en deux plans au catgut 4 crins. Suites opératoires sans incidents.*

L'examen histologique d'un fragment de cette masse montre : paroi de kyste hémorragique. Par endroits cette paroi est constituée par plusieurs assises de cellules du type lutéinique reposant sur un tissu fibreux abondamment vascularisé. L'origine ovarienne (corps jaunes) est donc très probable. Néanmoins, aucun autre élément tissulaire caractéristique de l'ovaire n'est décelable dans la pièce examinée.

La malade est revue le 9 novembre 1934, soit *une année après.* Elle se plaint d'éprouver du côté gauche une douleur semblable à celle qui avait motivé l'intervention dans le service. A la palpation,

on constate une sensibilité particulière au-dessus de l'arcade crurale gauche. Au toucher vaginal, on perçoit dans le cul-de-sac latéral gauche, une petite tuméfaction dure et douloureuse. On conseille à la malade de rentrer dans le service pour être suivie, mais malheureusement on la perd de vue.

On peut évidemment, en argumentant notre façon de penser et l'observation ci-dessus, nous opposer que la récidence n'est guère possible et acceptable que dans le cas d'ablation incomplète de la formation ovarienne.

Malheureusement, tous les opérateurs, dans les observations retrouvées, sans exception reconnaissent que *l'extirpation de ces formations a toujours été laborieuse, souvent réalisée après morcellement*. Si l'on prend en considération que leur siège d'élection se trouve au niveau de l'épanouissement artériel de l'hypogastrique, au voisinage dangereux de l'uretère, on ne peut jeter la pierre au chirurgien, qui pour ne pas courir de gros risques a préféré ne pas persévérer dans la poursuite d'une ablation totale et complète, peut-être après tout problématique.

A notre avis, la menace de récidence et des difficultés opératoires lors de l'exérèse par voie abdominale sont des éléments qui doivent être sérieusement pris en considération dans le choix du traitement à suivre.

DIAGNOSTIC

D'après l'étude clinique que nous avons donnée, il semble que deux éléments prennent la première place pour étayer le diagnostic de formation ovarienne résiduelle. L'un, d'ordre fonctionnel : la douleur ; l'autre d'ordre physique : la tumeur pelvienne.

Nous avons analysé la douleur pour ne pas avoir à y revenir. Douleur, sourde au début, devenant très pénible à la période d'état. Son siège abdominal sous-ombilical et intra-pelvien est caractéristique, mais se méfier des irradiations, surtout lorsqu'elles sont prédominantes. De même, ne pas se laisser impressionner par un ténésme vésical ou rectal, qui, seuls, peuvent attirer l'attention.

La tumeur profonde et intraligamentaire ne peut être révélée que par le toucher vaginal. Elle se présente dans l'un des culs-de-sac latéraux, arrondie ou ovoïde, de consistance plutôt rénitente. Tumeur indépendante du col restant, elle se trouve toujours séparée par un sillon plus ou moins facilement perceptible. C'est une tumeur de mobilité très réduite, étant donné ses connexions avec le plancher pelvien et présentant une sensibilité toute particulière aux manœuvres d'exploration.

Moins constante, mais d'une valeur indéniable, en l'absence d'une lésion propre au col ou du vagin est l'hémorragie externe. Nous avons vu qu'elle revêt les caractères d'une menstruation irrégulière et douloureuse. La consta-

tation de ce signe permet, quand il existe, d'affirmer la nature ovarienne de la formation résiduelle.

Le diagnostic différentiel comporte des difficultés d'importance variable. S'il est aisé d'éliminer *un fibrome* ou *un épithélioma du col* laissé en place, du fait qu'ils font corps avec celui-ci et ne sont pas séparés par un sillon, il n'en est pas de même pour les *tumeurs des organes voisins*, vessie ou rectum.

En effet, nous avons vu que ces formations contractent des adhérences telles avec ces viscères que sur le vu même des lésions, des opérateurs ont pu se trouver en difficulté. Tel le cas relaté par V. RICHE, E. MOURGUE, MOLINES et P. LOUJON, quand ils écrivent que « la tumeur paraissant en continuité directe avec le rectum, il faut faire pousser dans cet organe une injection pour s'assurer que la masse kystique est indépendante de la cavité rectale ».

Une *néoformation vaginale*, après hystérectomie, peut donner des difficultés d'interprétation. Dans l'observation rapportée par DUPONT et LEROLX, à l'Association Française du Cancer, on trouvait associés l'existence d'une tumeur pelvienne à un écoulement hémorragique par le vagin. Après laparotomie et ablation, incomplète d'ailleurs, de la masse kystique développée sous le péritoine vésical, l'examen histologique révéla un épithélioma malpighien. Certains éléments différenciaient cette néoformation de celles qui nous occupent : l'âge de la malade « 64 ans », la longueur de l'intervalle libre entre l'hystérectomie, survenue 23 ans auparavant, et l'apparition des signes, le volume de la masse pelvienne qui repousse le rectum en arrière, gênant la défécation ; qui est perçue en avant, au-dessus du vagin avec lequel elle semble se continuer.

La présence d'un corps étranger, (champs, compresses)

est susceptible par enkystement de donner une fausse impression de formation ovarienne. On conçoit dans ce cas l'inquiétude du chirurgien, surtout si la première intervention a été laborieuse, comme c'est toujours le cas, malgré les constatations objectives différentes : bilatéralité de la tumeur, empâtement plus diffus, absence de réactions inflammatoires vives.

Nous justifions parfaitement pour notre part les lignes écrites par FIOLE, HAYEM et BOURDE à propos d'une de leurs observations : « nous ne cacherons pas cependant que pour l'une de nos malades le volume de la tumeur (unilatérale) et l'intensité des douleurs nous ont fait craindre jusqu'au bout la présence d'une compresse dans la zone suspecte ».

Signalons, aussi, la présence d'une *grosse frange épiploïque* plaquée sur la cicatrice de péritonisation, difficile à distinguer malgré l'irrégularité de la masse et sa consistance plus molle. Ces diagnostics éliminés, il n'en reste pas moins vrai que la constatation d'une *masse pelvienne résiduelle apparue après une hystérectomie* et castration peut offrir des difficultés quant à l'interprétation de sa nature. Dans les suites d'une hystérectomie (supra-vaginale en particulier) la base du ligament large peut être le siège de phénomènes pathologiques aboutissant à la constitution d'une masse latéro-cervicale.

1) Il peut s'agir d'un *hématome*, événement fréquent, et qui paraîtrait plus fréquent encore si l'on prenait soin d'examiner attentivement de ce point de vue toutes les opérées d'hystérectomie.

Certains hématomes volumineux, précocement constitués, généralement fébriles, ne laissent place à aucun doute.

On peut dire, d'autre part, que toute hystérectomie s'accompagne, sous la péritonisation, d'un suintement sanguin susceptible de donner pendant quelques jours une symptomatologie physique. Mais on peut penser aussi que l'hématome est capable, par un mécanisme de résorption lente et d'organisation fibreuse, d'aboutir à une tumeur latéro-cervicale sans caractère précis. Et il n'est pas impossible qu'une femme se présente avec une telle tumeur trois ou quatre mois après une hystérectomie sans que l'existence de l'hématome ait été enregistrée.

2) Il peut s'agir aussi d'une *réaction inflammatoire*, intéressant l'étage sous-péritonéal du bassin, c'est-à-dire d'une *cellulite*. Non pas évidemment la cellulite dans sa forme aiguë apparaissant dans les jours qui suivent l'intervention, mais quand elle revêt le *type du phlegmon ligneux beaucoup plus torpide*. Effectivement, il s'agit d'une femme jeune, dont l'intervention initiale a offert quelques difficultés, qui présente, après un intervalle libre, un syndrome douloureux à siège pelvien.

La notion d'une poussée aiguë, le caractère parfois pulsatile de la douleur, l'existence de fièvre plus ou moins élevée d'une façon constante seront les éléments du diagnostic, joints aux constatations du toucher. La masse est plus dure, irrégulière, souvent bilatérale et occupe le Douglas sans limites précises, encerclant le col restant dont la mobilité est nulle. Mais, de même que pour l'hématome, les manifestations initiales ont pu être inconnues et on peut se trouver, plusieurs mois après l'intervention, en présence d'une tuméfaction unilatérale, modérément douloureuse et quasi apyrétique.

3) Il est évident que les deux faits pathologiques peuvent

se lier dans le cours de l'évolution. L'hématome, élément initial, s'infectant au bout d'un certain temps et donnant lieu à ce moment à une cellulite secondaire, dont la suppuration d'ailleurs n'est pas fatale.

De la cellulite pelvienne, nous rapprocherons les *collections liquides intra-péritonéales*, formées dans un repli séreux, comparables aux bulles de péritonite que l'on rencontre fréquemment au cours de laparotomies pour annexites. Elle peuvent se former dans un laps de temps, plus ou moins long, après l'hystérectomie, avoir une existence tour à tour silencieuse ou douloureuse (VAUTRIN). La moindre netteté des contours et surtout la tendance à la résorption par le repos et les injections chaudes permettront de les soupçonner.

Enfin, dans certains cas, lorsque la première intervention n'a pas été pratiquée par le chirurgien qui a l'occasion de revoir ses malades, le problème qui se pose est celui qui consiste à préciser si la tumeur perçue n'est pas due à la présence d'annexes respectées et laissées en place. Seules, l'évolution ultérieure et bien souvent la laparotomie exploratrice permettront d'enlever les doutes.

TRAITEMENT

Nous avons donné au chapitre de l'évolution les arguments qui nous faisaient penser que la régression spontanée n'était guère à envisager. Aussi, nous ne pouvons suivre l'avis exprimé par TIXIER, qui, étudiant trois observations personnelles à la Société de Chirurgie de Lyon, concluait en disant « au point de vue pratique et, c'était aussi l'avis d'Auguste POLOSSEX, ces productions kystiques n'offrent aucun danger et ne réclament le plus souvent aucune thérapeutique active ».

Nous croyons, au contraire, qu'une thérapeutique active doit être mise en œuvre pour obtenir un résultat satisfaisant.

En compulsant les observations, nous voyons un certain nombre d'auteurs préconiser l'abord des « formations kystiques opératoires » par voie vaginale. La technique suivie varie de la simple ponction du kyste, l'évacuation par colpotomie et drainage par mèche, à la tentative d'exérèse. Nous n'insisterons pas sur les désavantages de cette voie peu commode pour l'extirpation de masses qui s'avèrent aussi adhérentes. Il en est de même de la ponction ou de la colpotomie trop aveugles exposant à la blessure des organes voisins (vessie, rectum, uretère) d'autant plus qu'il ne s'agit pas toujours de tumeur liquide.

Dans le cas où on veut procéder à une exérèse chirurgicale, il n'existe qu'une seule voie : l'abdominale. Mais

celle-ci n'est pas sans comporter certains inconvénients. Nous avons vu dans les observations déjà données que les opérateurs se sont toujours trouvés devant des difficultés importantes pour l'ablation de ces formations. *Souvent d'ailleurs cette exérèse fut incomplète.*

En effet, il faut tenir compte de certains facteurs qui rendent ces opérations laborieuses, et à notre avis, périlleuses :

- L'absence du plan de clivage,
- Les adhérences, souvent très intimes, de ces formations aux organes voisins,
- La situation profonde, intra-pelvienne de ces tumeurs ovariennes, au contact du plancher pelvien auquel elles sont souvent reliées par un petit vaisseau qu'il faut lier,
- Les rapports, qu'elles contractent, avec l'uretère que l'on est obligé d'aller chercher et disséquer pour le mettre à l'abri,
- Enfin, la friabilité de ce tissu ovarien, souvent microkystique qui expose au morcellement et à l'ablation incomplète.

Aussi, pour notre part, nous ne considérons pas comme facile l'extirpation chirurgicale.

Cette difficulté nous la voyons encore apparaître dans la troisième observation publiée par CORNIL et FIOLE.

OBSERVATION XI (*Résumée*). — CORNIL et FIOLE.

Femme de 30 ans, ayant subi une castration totale, reste deux ans en parfait état, puis recommence à souffrir à gauche. On sent dans le cul-de-sac gauche une masse du volume d'une petite orange. Cette masse ayant tendance à grossir rapidement, le D^r ARTAUD intervient à nouveau. Il clive facilement en haut et par le côté la masse kys-

tique, remplie d'un liquide hématique, mais éprouve quelque peine à dégager le pôle inférieur. Il y eut rupture de la poche et il fallut enlever la partie inférieure par morcellement. Aucune ligature ne fut nécessaire. Guérison. *Examen histologique* : la préparation intéresse un corps jauné, récent, constitué par une couche lutéinique à la période fonctionnelle et une thèque œdémateuse infiltrée de pigments sanguins.

Mais les rapports de ces formations avec les organes voisins peuvent être tellement intimes que leur *exérèse soit absolument impossible*.

Dans une observation de J.-L. FAURE, l'exérèse d'un kyste atteignant le volume d'une tête d'adulte fut impossible. Aussi, après ponction, l'auteur fut obligé de pratiquer la marsupialisation de la poche et le drainage de la cavité par un Mickulicz.

Nous-mêmes, avons eu la désagréable surprise de rencontrer une formation ovarienne qui semblait incrustée dans la paroi vésicale. Il nous fût non seulement impossible de l'enlever mais nous avons considéré dangereux le simple prélèvement d'un fragment aux fins d'examen histologique. Nous nous excusons de la rapporter sans pouvoir donner la preuve anatomopathologique, mais elle nous semble intéressante du fait qu'elle a pu être guérie par la radiothérapie.

OBSERVATION XII (*inédite*). — Du service du D^r ROUX-BERGER.

Malade âgée de 38 ans, vient consulter dans le service le 14 novembre 1934 pour de vagues douleurs abdominales. Elle se plaint davantage de la région lombaire gauche. Dans ses antécédents à retenir qu'elle a subi une castration droite à Marseille avec ligamentopexie, en 1926. A l'examen, on constate que la palpation lombaire est douloureuse surtout à gauche. Au toucher vaginal : masse dans le cul-de-sac gauche, légèrement sensible, peu mobile, indépendante de l'utérus. Le diagnostic de kyste ovarien gauche à opérer est porté.

Intervention le 15 janvier 1935. Hystérectomie subtotale pour ova-

rite sclérokystique gauche. Péritonisation correcte. Appendicectomie. Paroi en deux plans aux crins perdus. Petits drains. Suites opératoires sans incidents ; la malade quitte le service le 4 février 1935. Elle est revue le 5 avril 1935, elle continue à souffrir dans la région hypogastrique. Au toucher vaginal rien d'anormal. Examen au spéculum : vagin absolument rouge, sécrétions purulentes.

Le 6 janvier 1936, c'est-à-dire *une année après l'hystérectomie*, la malade continue à *souffrir à gauche*. On constate au toucher vaginal : col petit, complètement collé en avant, masse dans le cul-de-sac gauche du volume d'une mandarine, très peu mobile et très sensible. Au toucher rectal : paramètre gauche douloureux. Au spéculum : col sain un peu rouge.

Le diagnostic de tumeur résiduelle de l'ovaire est fait. La malade est hospitalisée.

Le 14 janvier 1936 : incision médiane sous-ombilicale. Libération de quelques adhérences épiploïques à la paroi. Anses intestinales et sigmoïde adhérents, à la vessie, sont libérés. A l'exploration du petit bassin, on trouve une masse du volume d'une noix légèrement aplatie, siégeant sous le péritoine au niveau du cul-de-sac vésico-utérin. Incision du péritoine. Celui-ci est *intimement adhérent à la masse* dont on ne parvient à l'isoler qu'au ciseau. *La masse est collée à la vessie au point qu'elle paraît incluse dans sa paroi*. La tentative de clivage échoue et on a l'impression que si l'on insistait pour son exérèse la paroi vésicale serait emportée. On décide de ne pas persister et de ne pas même pratiquer un prélèvement aux fins d'examen histologique. Fermeture de la paroi par surjet sur le péritoine, crins perdus sur aponévrose. Suites opératoires normales. Etant donné les rapports de la masse avec la vessie, une cystoscopie est pratiquée. Elle montre une vessie absolument saine. La malade revue le 3 avril 1936 se plaint toujours de douleurs lombaires et surtout pelviennes. Au toucher vaginal, on perçoit toujours la masse peu mobile et sensible en position postéro gauche par rapport au col. La malade est adressée pour radiothérapie au service de radiologie. Le 5 juin 1936, elle a subi 8 séances de rayons X ; elle semble souffrir moins.

Revue en août 1936 : la malade va bien, ne souffre plus. Au toucher vaginal, on ne perçoit plus la masse.

Nous pouvons dégager de cette observation que l'exérèse par voie abdominale ayant été impossible le résultat fut acquis par la radiothérapie.

Ce traitement fut préconisé avec succès dans deux observations de PELLENDAS rapportées par GILLET en 1925 dans la Revue Française de gynécologie et d'obstétrique. Dans l'une des deux on fit une application de radium, dans l'autre une séance de rayons X.

La même année, CHALIER a recours au radium pour le traitement d'une récidive d'un kyste résiduel. Il introduit, après colpotomie latérale gauche dans les ligaments larges, deux tubes de 25 mmgr. de radium qu'il laisse pendant 48 heures. Dans une autre observation de récidive, il préconise la radiothérapie.

Et cet auteur concluait, en étudiant les deux cas, en ces termes sa communication : « mais il n'est pas certain que la laparotomie soit la thérapeutique de choix en pareil cas, car le clivage de ses poches est difficile et la récidive est possible. Il est permis de supposer que les moyens physiques (radium ou rayons X) peuvent être capables à eux seuls de détruire ces néoformations ».

C'est BROcq et DUPEUX qui rapportent à la Société d'obstétrique et de gynécologie le premier cas, confirmé par l'examen histologique, dont la récidive fut traitée par la radiothérapie. Voici cette observation.

OBSERVATION XIII (*Résumé*). — D^r BROcq et Mlle DUPEUX

Malade âgée de 35 ans, a subi une castration droite en 1920 pour hématoécèle enkystée. Une hystérectomie subtotale avec ablation des annexes gauches en juin 1926 pour une grossesse tubaire gauche fissurée et un kyste de l'ovaire gauche. Le 10 mai 1930, soit quatre ans après l'opération, la malade se plaint de crises douloureuses abdominales et l'examen révèle l'existence d'une masse ronde, dou-

loureuse dans le cul-de-sac latéral gauche, du volume d'une petite mandarine.

La malade est opérée le 22 mai 1930 : laparotomie médiane sous-ombilicale. Adhérences pelviennes multiples. Masse de consistance kystique située dans le cul-de-sac de Douglas et débordant un peu à gauche de la ligne médiane. Elle est fixée en arrière au rectum et latéralement à la paroi du bassin. On ne trouve pas de plan de clivage permettant une sorte d'énucléation. L'ablation est laborieuse et se fait en réalité par fragments. On a l'impression qu'il s'agit, soit d'un kyste de pelvi-péritonite, soit d'un vestige de la poche d'hématocèle, soit d'un fragment de trompe ou d'ovaire ayant subi la transformation kystique. Suites opératoires pénibles mais guérison. *Examen histologique* : les deux fragments examinés sont absolument comparables l'un à l'autre. Leurs éléments les plus caractéristiques sont constitués par des cicatrices fibreuses en dégénérescence hyaline partielle de forme étoilée largement lobulée à leur périphérie et qui ont l'aspect typique de cicatrices fibreuses de corps jaunes. Autour d'elles, le stroma ovarien est en certains points encore très riche en éléments cellulaires, mais en d'autres sa substance fondamentale est épaisse et fibrosée. On n'y voit pas de follicules de Graaf ni de formations kystiques. A la surface de l'organe, on ne retrouve pas d'épithélium de recouvrement.

Conclusion : la coexistence de cicatrices fibreuses très typiques et du stroma dit « sarcomatoïde » permet d'affirmer qu'il s'agit bien d'un ovaire tel qu'on peut en avoir chez une femme ayant dépassé la ménopause.

La malade revue 4 mois après se plaint de nouveau de douleurs et au toucher on perçoit l'existence d'une récurrence de la tumeur. Comme il s'agissait d'une production ovarienne, on décide le *traitement radiothérapique* qui fut le suivant :

10 séances de roentgentherapie, à raison de 2 par semaine. Les 4 premières séances, on emploie deux champs de 12 cm. $\times$ 12 cm., un ventral et un sacré. Etincelle équivalente : 35 cm. Filtre 1/2 mm. de cuivre. 500 R par champ et par séance. Distance anticathode : Peau = 30 cm. La malade se plaignant de souffrir davantage, on emploie une dose de 400 R, une étincelle équivalente de 40 cm. et deux champs de 16 $\times$ 11.

Revue le 10 janvier 1931 : résultat parfait puisque, d'une part, la masse ovarienne a régressé au point de ne plus être perceptible et que, d'autre part, les douleurs ont complètement cessé. Cette femme revue plusieurs mois après les séances de radiothérapie reste complètement guérie.

A la discussion qui suivit cette communication, MOULONGUET rapporte l'observation d'une malade traitée d'emblée par la radiothérapie. Nous avons pu retrouver cette observation que le Dr MOULONGUET nous a aimablement confiée et qui est la suivante :

OBSERVATION XIV (*Inédite*) . — Dr MOULONGUET.

Malade âgée de 30 ans, souffre du ventre depuis 1927, a été opérée en 1926 d'appendicite chronique. Elle se plaint actuellement (juin 1930) de leucorrhée dysménorrhée ; température qui atteint jusqu'à 39°. A l'examen, salpingite très marquée, surtout à gauche. Elle souffre à droite et il est probable que l'infection est bilatérale.

Opérée le 6 juin 1930 : salpingite bilatérale ; le côté droit est moins malade, facilement décollable, trompe bouchée, gros ovaire. Le côté gauche est très adhérent, très difficile à décoller (vient par lambeaux). Hystérectomie subtotal de droite à gauche, fente postérieure du col, drain dans le vagin. Le sigmoïde est court, aussi fait-on une hémi-suture cloisonnante, à gauche et une péritonisation du fond pelvien à droite. Petit drain abdominal, paroi en un plan.

La malade est revue le 15 mai 1931. Elle souffre à gauche et à l'examen, on constate : masse résiduelle gauche, douloureuse, grosse comme un œuf. (Il est à craindre qu'il n'y ait là un kyste ovarien aux dépens de débris d'annexes.) On conseille à la malade la balnéothérapie. La malade vient consulter à nouveau le 26 juin 1931. Se plaint de *pertes hémorragiques* survenant régulièrement tous les mois. *Petites règles*. Entre elles : leucorrhée. Se plaint encore de maux de reins. A l'examen : la masse gauche a diminué nettement. Le col fendu en arrière est un peu gros, sans métrite. Le 7 avril 1932, souffre toujours à gauche. Douleurs périodiques très vives.

Petites règles persistantes. Il est certain qu'il subsiste un fragment d'ovaire gauche devenu kystique. *Radiothérapie à faire.*

Elle est faite à Tenon, en 1932. *Douze séances de Roentgenthérapie*, à raison de deux séances par semaine. Dose totale : 3.600 r. On emploie 4 champs, deux antérieurs de 150 r., deux postérieurs de 150 r. Etincelle équivalente : 32 cm. Filtre : 0,5 mm., cuivre 0,2 mm. Aluminium. Distance anticathode : peau -40 cm.

La malade donne de ses nouvelles le 18 mars 1933, soit une année après. Les douleurs ont disparu. Les règles sont supprimées. Par contre, on voit se substituer des phénomènes de castration.

La même conduite fut suivie par Mlle COTINGT et ROCHE pour des accidents douloureux au niveau d'un fragment d'ovaire restant après hystérectomie. Ils préconisèrent la radiothérapie d'emblée pour une de leurs hystérectomisées qui présentait un syndrome douloureux abdominal coexistant avec une masse intrapelvienne gauche. Ce traitement fut suivi de succès, maintenu depuis plus d'un an.

Au total, l'étude de ces observations établit la valeur de la radiothérapie utilisée soit d'emblée, soit après récurrence d'une tumeur dont l'exérèse chirurgicale avait été tentée auparavant.

Aussi, en tenant compte des difficultés opératoires et des échecs de l'exérèse, nous ne pouvons que conseiller l'essai, avant tout autre thérapeutique, du traitement radiologique.

« Si la tumeur résiduelle perçue n'est pas d'origine ovarienne, il sera toujours temps, après un échec des irradiations, d'envisager un traitement opératoire ». (MOULONGUET, Société d'obst. et de gyn. juin 1932).

Pourtant tel n'est pas l'avis de COTTE, qui formulait, en 1925, à la Société des Chirurgiens de Lyon, des réserves

sur le traitement radiothérapique de ces tumeurs, en disant : « A propos du traitement de ces formations kystiques par la radiothérapie, je crois qu'il n'y a pas trop à compter sur les bons effets des agents en pareil cas ».

Cette affirmation peut sembler, de prime abord, paradoxale, étant donné les notions acquises de l'action des rayons X sur l'ovaire. En effet, les travaux de REGAUD, LACASSAGNE, GRICOUROFF, ont montré que si l'irradiation a été suffisamment forte, elle entraîne la destruction de tous les follicules, et comme ceux-ci ne peuvent être remplacés, la castration roentgenienne est obtenue. Mais, si nous nous reportons aux constatations anatomopathologiques de ces formations, nous voyons la complexité des éléments qu'on peut rencontrer. Follicules de GRAAF, plus ou moins près de la maturité, corps jaunes à leurs différentes phases évolutives, kystes lutéiniques ou folliculaires, ceux-ci pouvant prendre un volume très important.

Or, s'il est admis que les rayons X agissent sur les follicules de GRAAF, il n'est pas du tout démontré qu'ils aient une action sur leur dégénérescence kystique. Et l'on conçoit très bien que la radiothérapie des formations résiduelles ovariennes puisse être tenue en échec dans le cas de dégénérescence kystique importante. Aussi, sommes-nous amenés, étant donné les difficultés du traitement chirurgical par voie haute, à envisager la possibilité d'un traitement prophylactique.

LECÈNE (séance de la Sté Nat. de Chir., 26 juin 1929) répondait par l'affirmative à cette question, admettant que, dans la majorité des cas, ces lésions sont dues à une ablation incomplète des ovaires dont un petit fragment peut donner naissance à un grand kyste. « Pour ne pas les laisser se produire, il suffit d'enlever très exactement

la totalité des annexes », écrivent CORNIL et FIOLE qui donnent de plus le conseil de bien explorer le lieu d'élection des organes surnuméraires et de les enlever s'il en existe.

Mais, il faut avouer que ces conseils ne peuvent toujours être suivis au cours d'une hystérectomie pour annexite. L'importance des lésions, les adhérences difficiles à libérer avec les organes voisins, le Douglas, la paroi pelvienne, la situation variable des annexes qui modifie les rapports normaux de la région, sont autant de facteurs de prudence. Plutôt que courir le risque d'une blessure de l'uretère ou d'un vaisseau important, ne vaut-il pas mieux abandonner l'exérèse totale des lésions.

Peut-être pourrait-on, quand un doute subsiste sur l'exérèse totale des annexes au cours de l'hystérectomie, recourir, dans les jours qui suivent l'opération, à la radiothérapie préventive. Ce fut la tactique adoptée par le D^r d'ALLAINES (obs. VII), lors de l'ablation d'une formation résiduelle. Ayant des doutes sur la totalité de l'exérèse, il préconise 2 mois après l'intervention, un traitement radiothérapique, de manière à stériliser toutes les cellules ovariennes qui auraient pu rester.

Comme conclusion, nous devons retenir :

La difficulté d'extirper convenablement ces formations par voie abdominale,

les résultats constants obtenus par la radiothérapie faite soit d'emblée, dès l'apparition de la formation résiduelle, soit sur une récédive survenue après tentative d'exérèse chirurgicale.

CONCLUSIONS

— Les formations ovariennes résiduelles post-opératoires surviennent chez les femmes jeunes, après un intervalle libre, oscillant aux environs d'un an entre l'intervention initiale et la date de leur apparition.

— Au point de vue histologique, elles sont constituées par du tissu ovarien dont on retrouve les éléments : follicules de GRAAF, corps jaunes et stroma plus ou moins associés ou dissociés. La dégénérescence kystique de ces éléments est fréquente mais non obligatoire.

— Elles se développent aux dépens de débris d'ovaires abandonnés après une hystérectomie, laborieuse ou incomplète pour salpingite, toutefois, l'hypothèse du développement ultérieur d'un ovaire surnuméraire ne peut être rejetée.

— Ces formations se manifestent par des douleurs et l'existence d'une masse intra-pelvienne, indépendante du col restant de l'utérus. Les hémorragies externes, moins constantes, acquièrent une grande importance pour le diagnostic de la nature d'une tumeur résiduelle post-opératoire.

— Leur récurrence après les tentatives d'exérèse est assez fréquente.

— L'évolution vers la résorption spontanée n'a jamais été constatée.

— Au point de vue thérapeutique, on a le choix entre l'intervention sanglante par voie abdominale et la radiothérapie.

L'opération est toujours difficile : l'extirpation de ces formations n'est souvent obtenue que par morcellement et expose aux récides.

La radiothérapie préconisée soit d'emblée, soit sur une récide, a toujours donné des résultats satisfaisants.

Préventivement, peut-être, pourrait-on y recourir après une hystérectomie sur la totalité de laquelle on a des doutes.

VU : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

VU : *Le Président de la Thèse,*
A. COUVELAIRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUDRON. — De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes. *Thèse Paris*, 1894.
- BEAU (A.). — Les interactions utéro-ovariennes. *Revue Française d'Endocrinologie*, 11^e année, N° 6, déc. 1933.
- BOECKEL. — *Gazette Médicale de Strasbourg*, 1861, p. 79.
- BROCQ (P.) et Mlle DUPEUX. — Formation ovarienne développée dans le petit bassin après hystérectomie. — Exérèse chirurgicale. — Radiothérapie, guérison. *Bull. Société obstétrique et gynécologie*, N° 6, juin 1932, p. 399.
- CHALIER. — Les kystes pelviens, consécutifs aux castrations totales pour pyosalpinx. *Société de Chirurgie de Lyon*, 5 février 1925, in *Lyon chirurgical*, XXII, p. 371.
- CHASSAT. — Des cysthématomes menstruels post-opératoires. *Thèse Paris*, 1909.
- CHEVAL (M.). — Les greffes d'ovaires et d'utérus. — Résultats expérimentaux. *Bruxelles Méd.*, n° 4, 26 novembre 1933, n° 29, 30 mai 1934, n° 36, 8 juillet 1934, n° 37, 15 juillet 1934.
- CHEVENARD. — Contribution à l'étude des productions kystiques ovariennes consécutives à l'hystérectomie. *Thèse Nancy*, 1934.
- CLARET. — Des tumeurs kystiques intrapelviennes secondaires à l'hystérectomie vaginale pour lésions non cancéreuses. *Thèse Paris*, 1896.

- CORNIL et FIOLE. — Les formations ovariennes para-utérines hyperplasiques consécutives à la castration totale. *Presse Médicale*, N° 79, 3 octobre 1931.
- COSACESCO. — Kystes de l'ovaire à la suite des hystérectomies pour fibrome. *Revue Française de gynécologie et d'obstétrique*, N° 7, juillet 1928.
- COTTE (GASTON). — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la Femme. *Masson et Cie*.
- COTTE (GASTON). — Résultats des Greffes ovariennes. 45^e Congrès de chirurgie, 1936.
- COTTE (GASTON). — Sur le traitement chirurgical de l'ovarite scléro-kystique. *Lyon chirurgical*, T. XXII, N° 2, 1925.
- COUINGT (Mlle) et ROCHE. — Accidents douloureux au niveau d'un fragment d'ovaire restant après hystérectomie ; traitement radiothérapique, guérison. *Bull. de la Soc. d'obstétrique et gynécologie*, T. XXIII, N° 10, déc. 1934, p. 731.
- DANIEL (C.) et SOIMARU (A.). — Formation of tumors containing ovarian elements following castration. *Endocrinol. Gynec. S' obst.*, 1 p. 17, 31 déc. 1935.
- DARTIGUES. — Des productions kystiques intraligamentaires consécutives à l'hystérectomie abdominale. *Bull. Soc. de l'Internat*, mai 1907.
- DARTIGUES. — Un cas de cystématome menstruel post-opératoire. *Bull. Soc. de l'Internat*, 1907.
- DARTIGUES et JOANNIDES. — Les cystématomes menstruels post-opératoires. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, fév. 1908, p. 41.
- DUPONT (R.) et LÉROUX (R.). — Kyste sous-péritonéal après hystérectomie. *Bull. Assoc. Française pour l'étude du cancer*, 22, p. 102-105, janv. 1933.
- EGAR, ERWIN, WINTER. — Ueber das etmatomische und funktionelle verhalten der Eierstöcke nach uterus extirpation. *Archiv. für gynakologie*, T. CL, fasc. 3, p. 602.

- FAURE (J.-L.). — Laparotomie itérative après hystérectomie abdominale sub-totale. Ponction et marsupialisation d'un énorme kyste sanguin consécutif, guérison. *In thèse de Mikler, Nancy, 1927.*
- FIOLLE, HAYEM et BOURDE. — Pseudotumeurs des culs-de-sac latéraux après ablation des annexes. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de chirurgie*, N° 23, 1929, p. 973.
- FORGUE (E.) et MASSABUAU. — Gynécologie in Le Dentu et Delbet. *Baillière et Fils.*
- FORNERO (A.). — Kyste hématique du ligament large et crise menstruelle par rupture d'un follicule de Graaf dans un ovaire à développement sus et intraligamentaire. *Monitore Ostetrico Ginecologico*, février 1929, p. 56.
- GILLET. — Dégénérescence kystique itérative de débris ovariens après castration totale. *Revue Française de gynécologie et d'obstétrique*, XX, février 1925, pp. 74-81.
- GOUILLOUD. — Un cas de kyste pelvien à la suite d'une castration totale. *Soc. de Chirurgie de Lyon*, 5 février 1925.
- GRICOUROFF. — Etude histologique de l'action des rayons X sur l'ovaire à la période d'ovogenèse. *Thèse Paris, 1930.*
- GUILLEMIN (A.). — Collections séreuses pelviennes post-opératoires. *Bull. Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie*. T. XVI, 1927, pp. 487-488.
- HAIHUSSEAU. — Des formations kystiques consécutives à l'extirpation de l'utérus et des annexes. *Thèse Paris, 1891.*
- HALLER. — Kystes pelviens après hystérectomie abdominale subtotale. *Bull. et Mém. de la Société des Chirurgiens de Paris*. Séance 3 avril 1925, p. 255.
- HAMANT (A.) et CORNIL (L.). — Sur l'origine lymphatique de certaines productions kystiques pelviennes consécutives à la castration totale chez la Femme. *Bull. et Mém. Soc. d'obstétrique et de gynécologie*, XVI, 1927, pp. 488-490.

- HICKEL. — Tumeur wolffienne et extrapéritonéale du ligament rond. *Bull. et Mém. de la Soc. d'anatomie*, T. XX, 1923.
- JAYLE. — De l'hématocèle pour rupture de petit kyste hématique de l'ovaire. *Presse Médicale*, n° 33, 24 avril 1909.
- LACASSAGNE. — Etude histologique et physiologique des effets produits sur les ovaires par les rayons X. *Thèse Lyon*, 1913.
- LAHEY (F.) et ECKERSON. — Kystes retropéritonéaux. *Annals of Surgery*, juillet 1934, p. 231.
- LANOS. — Kystes pelviens d'origine ovarienne développée après hystérectomie pour péritonite aiguë. *Bull. de la Soc. des Chirurgiens de Paris*. Séance 1^{er} mai 1925, p. 273. 19.
- LECÈNE. — *Société de Chirurgie*, 26 juin 1929.
- LE DENTU. — Suites éloignées de l'ablation des annexes dans les affections non néoplasiques des organes. *Congrès Français de Chirurgie*, 1891.
- LE GALL. — Les tumeurs du ligament rond de l'utérus. *Thèse Bordeaux*, 1933.
- MARIE (R.). — Les kystes pelviens consécutifs à l'hystérectomie. *Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris*, XXV, pp. 154-157, février 1933.
- MAYER (L.). — Résultats expérimentaux et cliniques des greffes d'ovaire et d'utérus. *Revue Française de gynécologie et d'obstétrique*, N° 7, juillet 1934.
- MIKLER. — Contribution à l'étude des productions kystiques pelviennes après castration totale chez la Femme. *Thèse Nancy*, 1927.
- MOCQUOT (P.). — Résultat des greffes ovariennes. 45^e Congrès de Chirurgie, 1936.
- MOULONGUET (P.). — Diagnostics anatomocliniques de Lecène. *App. génital de la Femme*. Masson et Cie.

MOULONGUET (P.). — Etudes histo-physiologiques des ovarites kystiques. *Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicales*, N° 6, juin 1928.

NOËL. — L'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes. Suites locales éloignées. *Thèse Paris*, 1898.

RICHE (V.), MOURGUE (E.), MOLINES et LOUJON (P.). — Deux cas de formations kystiques pelviennes développées après hystérectomies. *Bull. de la Soc. d'obstétrique et de gynécologie*, XXII, pp. 581-585, juin 1933.

RIVOIRE (R.). — Les acquisitions nouvelles de l'Endocrinologie, *Masson et Cie, Edit.*.

ROGER et BINET. — Traité de physiologie. *Masson et Cie, éditeurs*.

SCHIKELE. — Les Endométrïomes du péritoine pelvien de l'ovaire et du tissu paravaginal. *Bull. et Mém. de la Soc. d'Anatomie*, Vol. 20, p. 602, juillet 1923.

SÉJOURNET. — Kyste pelvien après hystér-abdominale subtotale. *Bull. des Chirurgiens de Paris*, Séance 1^{er} mai 1925, p. 271.

TERILLON. — Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus pour inflammation des organes. *Congrès français de Chirurgie*, 1891.

TIXIER. — 3 cas de kyste pelvien à la suite de castration totale. *Soc. de chirurgie de Lyon*, Séance du 5 février 1925, in *Lyon Chirurgical*, XXII, p. 368.

VAUTRIN. — De la dégénérescence kystique des ovaires après certaines interventions pour annexites chroniques. *Annales de Gynécologie et d'obstétrique*, février 1906, pp. 74-98.

VAUTRIN. — Kyste pelvien consécutif à la castration totale. *Bull. de la Soc. d'obstétrique et de gynécologie*, XVI, février 1927, pp. 168-171.

VIGNES (H.). — Physiologie, gynécologie et médecine des Femmes. *Masson et Cie, édit.*

VIGNES (H.). — Physiologie de l'ovaire. Traité de physiologie normale et pathologique. T. XI.

WALDSTEIN (EDMUND). — De la formation de kystes dans les restes d'ovaire. *Zentralblatt für gynœkologie*, N° 40, 6 octobre 1920.

WATRIN et BRABANT. — Les répercussions de l'hystérectomie sur l'histo-physiologie ovarienne. *Archives Belges de Biologie*. T. XLIII, fasc. II, 1932.

Société Anonyme Blésoise
d'Impressions et
de Publications
6, rue Pardessus - BLOIS
